Material protejat prin drepturi de autor

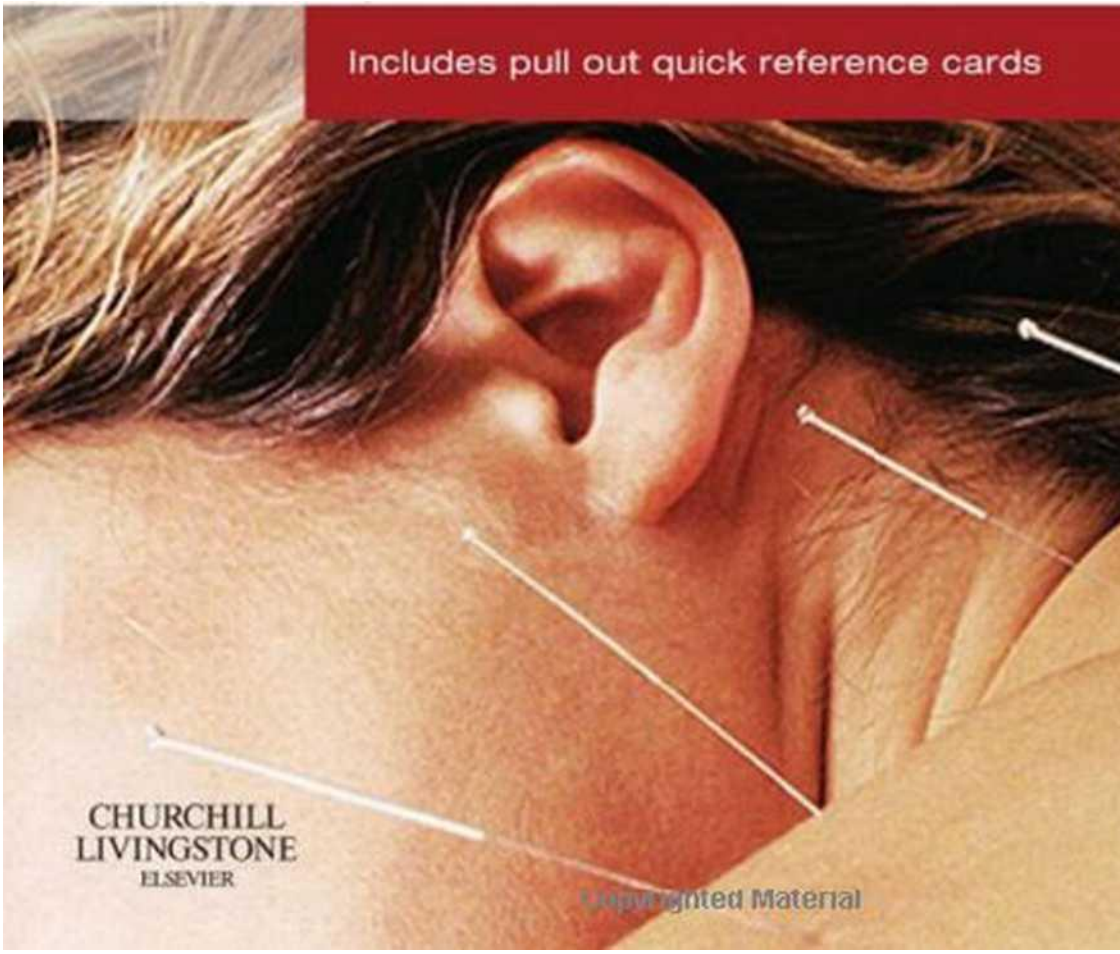
Adrian White

Mike Cummings

Jacqueline Filshie

O INTRODUCERE LA !

Sunt ACUPUNCTURA MEDICALĂ DE VEST


Includes pull out quick reference cards
CHURCHILL
LIVINGSTONE
ELSEVIER
Copyrighted Material

Copyrighted Material

CUPRINS

Glosar *xv*

1 Introducere **I**
Cum putem fi siguri că acupunctura este o terapie validă? **2**
De ce nu acceptați pur și simplu explicațiile tradiționale pentru acupunctură? **4**
Reevaluarea fenomenelor de acupunctură **5**

SECȚIUNEA 1: PRINCIPII 7

2 O privire de ansamblu asupra acupuncturii medicale occidentale **7**
Introducere **7**
Acupunctura în Occident **8**
Cinci mecanisme pentru înțelegerea acupuncturii medicale occidentale **8**
Mecanisme încă necunoscute **12**
Utilizarea acupuncturii medicale occidentale **13**
Alte interpretări ale acupuncturii medicale occidentale **13**
Repere în acupunctura medicală occidentală **14**

3 Mecanisme neurologice I: efecte locale **17**
Introducere **17**
Nervi senzoriali **18**
Fiziologia acupuncturii locale **18**
Unde se pune acul? **21**
Stimularea cu ac: „doza” de acupunctură **23**
Rezumatul **25**

4 Mecanisme neurologice II: analgezie segmentară **27**
Introducere **27**
Aferente somatice: anatomie antifiziologie **28**
Fiziologia acupuncturii segmentare **30**
Aplicarea clinică a analgeziei segmentare **31**
Acupunctura segmentară pentru afecțiuni viscerale **32**
Aferente viscerale: anatomie și fiziologie **33**
Efectele autonome ale acupuncturii **35**
Aplicație clinică în condiții viscerale **36**
Rezumatul **37**

5 Mecanisme neurologice III: analgezie extrasegmentară **39**
Introducere **39**
Ncuromodulatoare: peptide opioide **40**
Controlul inhibitor descendent al durerii **43**
Aplicație clinică **45**
Aspecte ale durerii **47**
Rezumatul **50**

Copyrighted Material

Copyrighted Material

6 Mecanisme neurologice IV: efecte de reglare centrală 51
Introducere 51
Durerea: componenta afectivă 52
Schimbări psihologice 54
Efecte autonome 54
I axa lipotalamo-hipofizo-suprarenală 55
I axa lipotalamo-hipofizo-ovariană 55
Alte efecte endocrine 55
Sistemul imunitar 56
Dependența de droguri 56
Greață și vărsături 56
Aplicație clinică 56
Rezumatul 57

7 Puncte de declanșare miofasciale 59
Introducere 59
Definiția 61
Incidența 62
Etiologie 62
Factori de precipitare și perpetuare 64
Mecanismul 65
Caracteristici clinice 65
Diagnostic 70
Tehnici de tratament 73
Prognostic 75
Rezumatul 75

8 Acupunctura tradițională chineză reinterpretată 77
Introducere 77
Originile chineze ale acupuncturii 78
Originile europene ale acupuncturii 79
Evoluția acupuncturii în China 79
Răspândirea la nivel mondial a acupuncturii 80
Teorii tradiționale ale acupuncturii chineze 81
Diagnosticul în medicina tradițională chineză 85
Tratamentul tradițional chinezesc 88
Acupunctura medicală tradițională chineză și occidentală 89
Rezumatul 91

SECȚIUNEA 2: BAZA DE PROBA 93

9 Cercetarea clinică a eficacității acupuncturii 93
Introducere 94
Orbirea participanților la studiile de acupunctură 94
Alte probleme în cercetarea acupuncturii 98
Alegerea grupului de control 101
Compania germană de asigurări studiază 102
Evaluarea probelor 103
Acupunctură pentru afecțiuni musculo-scheletice 104
Acupunctura pentru dureri de cap 109
Acupunctură pentru alte afecțiuni dureroase 110
Acupunctura pentru afectiuni respiratorii 111
Acupunctură pentru dependențe 112
Acupunctură pentru afecțiuni ale sistemului nervos central 113
Acupunctură pentru greață și vărsături 113
Acupunctură pentru medicina genito-urinară și reproductivă 114

Copyrighted Material

Copyrighted Material

Diverse 116
Eficiența costurilor a acupuncturii 116
Rezumatul 118

10 Dovezi privind siguranța acupuncturii I 19
Introducere: acupunctura este sigură în mâinile pricepute 119
O abordare modernă a siguranței 120
Riscurile potențiale ale acupuncturii 121
Rezumatul 126

SECȚIUNEA 3: ASPECTE PRACTICE 127
11 Pregătirea pentru tratament 127
Introducere 127
Pacienți potriviți pentru acupunctură 128
Informare și consimțământ informat 132
Condiții potrivite pentru acupunctură 134
Echipament de acupunctură 136
Cadrul pentru acupunctura 140
Pregătirea practicianului 140
Rezumatul 140

12 Tehnici eficiente de acţionare 142
Introducere 142
Doza de acupunctură 143
Acupunctura: tehnica de baza 143
Acupunctura: variații ale tehnicii de bază 147
Electroacupunctură 148
Sensibilitatea individuală a pacientului 151
Gestionarea cursului tratamentului 151
Rezumatul 152

13 Ace în siguranță 153
Introducere 153
Echipamente și administrare 154
Reducerea riscului de traumă 155
Reducerea riscului de infecție 158
Dezvoltare profesională 160
Rezumatul 161

14 Alte tehnici de acupunctură 162
Introducere 162
Stimulare continuă prin ace reziduale 163
Acupunctura auriculară 164
Alte tehnici de stimulare 168
Alte microsisteme de acupunctură 171
Tehnici de electrodiagnostic 171
Rezumatul 172

SECȚIUNEA 4: MANUALUL DE TRATARE 175
15 Ghid de tratament 175
Introducere 175
Rezumatul principiilor generale de tratament 176
Ghid: afecțiuni musculo-scheletice 178
Recomandări: alte afecțiuni dureroase 180
Recomandări: simptome abdominale 182

Copyrighted Material

Copyrighted Material

Recomandări: afecțiuni fără durere **182**
Siguranța pe primul loc **183**
Tratamentul de înregistrare **183**

16 Diagrame de referință: puncte și inervație **185**
Cum să localizați punctele de acupunctură **185**
Puncte de acupunctură pe regiune **186**
Alte tabele de referință **189**

Referințe ***219***
Indexul ***229***

Copyrighted Material

CHURCHILL LIVINGSTONE
ELSEVIER

O amprentă a Elsevier Limited

© 2008, Elsevier Limited. Toate drepturile rezervate.

Drepturile lui Adrian White, Mike Cummings și Jacqueline Filshie de a fi identificați ca autori ai acestei lucrări au fost afirmate de aceștia în conformitate cu Legea privind drepturile de autor, modelele și brevetele din 1988.

Nicio parte a acestei publicații nu poate fi reprodusă, stocată într-un sistem de recuperare sau transmisă sub nicio formă sau prin orice mijloc, electronic, mecanic, prin fotocopiere, înregistrare sau altfel, fără permisiunea prealabilă a Editorilor. Permisiunile pot fi solicitate direct de la Elsevier's Health Sciences Rights Department, 1600 John F. Kennedy Boulevard, Suite 1800, Philadelphia, PA 19103 2899, SUA: telefon: (+ 1) 215 239 3804; fax: (+ 1) 215 239 3805; sau, e-mail: *healthpermissions@elsevier.com* . De asemenea, vă puteți completa cererea online prin intermediul paginii de pornire Elsevier (http://www.elsevier.com), selectând „Suport și contact” și apoi „Copyright and Permission”.

Prima dată publicată în 2008

ISBN-13: 978-0-443-07177-5

British Library Cataloging in Publication Data
O înregistrare de catalog pentru această carte este disponibilă de la British Library

Catalogarea Bibliotecii Congresului în date de publicare
O înregistrare de catalog pentru această carte este disponibilă de la Biblioteca Congresului

Observa

Cunoștințele și cele mai bune practici în acest domeniu sunt în continuă schimbare. Pe măsură ce noile cercetări și experiență ne extind cunoștințele, schimbările în practică, tratament și terapia medicamentoasă pot deveni necesare sau adecvate. Cititorii sunt sfătuiți să verifice cele mai actuale informații furnizate (i) privind procedurile prezentate sau (ii) de către producătorul fiecărui produs care urmează să fie administrat, să verifice doza sau formula recomandată, metoda și durata de administrare și contraindicațiile. Este responsabilitatea medicului, bazându-se pe propria experiență și cunoștințele pacientului, să facă diagnostice, să determine dozele și cel mai bun tratament pentru fiecare pacient în parte și să ia toate măsurile de siguranță adecvate. În cea mai mare măsură a legii, nici editorul, nici editorii nu își asumă nicio răspundere pentru orice vătămare și/sau daune aduse persoanelor sau proprietății rezultate sau legate de orice utilizare a materialului conținut în această carte.

Editorul

sursa dvs. de cărți, reviste și multimedia în științele sănătății
ELSEVIER **www.elsevierhealth.com**

Lucrând împreună pentru a crește
bibliotecile în țările în curs de dezvoltare
www.elsevier.com | www.bookaid.org | www.sabre.org

ELSEVIER Uulnlni'lli Sabre Foundation

editorului

este de a folosi
hârtie
fabricată
din păduri durabile

Tipărit în China

PREFAȚĂ

Această carte excelentă, cu autoritate și bine referită se află într-o clasă proprie, deoarece este pentru prima dată când abordarea occidentală recent dezvoltată a acupuncturii, bazată pe principiile neurofiziologice actuale descrise în paginile sale, a fost scrisă într-o manieră atât de lucidă și amplă.

Toate aspectele diferite ale subiectului sunt tratate atât cuprinzător, cât și convingător, iar din informațiile furnizate nu poate exista nicio îndoială că această formă specială de acupunctură are o bază științifică solidă și că utilizarea ei pentru anumite tulburări bine definite devine din ce în ce mai mult bazată pe dovezi.

A fost scris de trei membri eminenți ai Societății Britanice de Acupunctură Medicală, o organizație care, în cei 26 de ani de la înființare, a făcut atât de mult pentru a aduce principiile și practica acupuncturii bazate științific în domeniul medicinei ortodoxe actuale.

Prin urmare, recomand această carte tuturor profesioniștilor din domeniul sănătății. A venit momentul în care cei care nu doresc neapărat să folosească acupunctura ar trebui totuși să cunoască indicațiile pentru folosirea acesteia, astfel încât să poată fi în măsură să trimită pacienții potriviți, acolo unde este cazul. Cei care doresc să o adauge la abilitățile lor terapeutice existente vor găsi că acest tratat special este o mină de informații neprețuită.

Peter Baldry MB; FRCP

PREFAŢĂ

Există numeroase manuale dedicate acupuncturii, care acoperă atât aspectele teoretice, cât și cele practice ale terapiei. Majoritatea cărților se concentrează pe teoria și practica tradițională, dar aceasta are o viziune cu totul diferită. Acesta combină cele mai recente idei despre mecanismele neurofiziologice ale puncției acu cu o abordare practică care este în mare măsură direcționată de aceste mecanisme . Locațiile și numele punctelor clasice sunt păstrate pentru că sunt utile și bine cunoscute, dar această carte pune un accent mult mai mare pe inervația lor mentală segmentară decât pe orice concepte de meridiane.

Acupunctura medicală occidentală este utilizată în urma unui diagnostic ortodox și aplică principii științifice, ținând cont de acest diagnostic, pentru a formula un tratament pentru ameliorarea simptomelor. Este doar o metodă terapeutică alături de altele și se încadrează perfect în abordarea mai largă a întregii medicinei occidentale, care ia în considerare atât bunăstarea psihosocială, cât și cea fizică a individului.

Astfel, medicina occidentală care include această formă de acupunctură este un exemplu de medicină cu adevărat integrată: o terapie tradițională a fost investigată , reinterpretată într-un context științific modern și în cele din urmă încorporată, acolo unde este cazul, în asistența medicală modernă.

Această carte este un însoțitor mult așteptat pentru *Acupunctura medicală: o abordare științifică occidentală.*

MULȚUMIRI

Această carte reprezintă ideile, cunoștințele și înțelepciunea multor oameni, iar autorii sunt recunoscători tuturor cu care au avut conversații sau ale căror articole le-au citit sau au ascultat prelegeri și care au contribuit într-un fel sau altul la această lucrare, care încearcă să dea sens acupuncturii în termenii științei occidentale. Sunt literalmente prea multe pentru a fi enumerate aici, iar referințele de la sfârșitul cărții oferă unele indicații despre numărul și diversitatea cercetătorilor care sunt implicați în proiectul de înțelegere a acupuncturii. De asemenea, suntem recunoscători pentru ajutorul, răbdarea și profesionalismul lui Karen Morley și Kerry McGechie de la Elsevier.

În ciuda celor mai bune intenții din toate cele de mai sus, ne asumăm de bunăvoie responsabilitatea pentru orice erori sau omisiuni.

GLOSAR

Descrierea termenului

Vă rugăm să rețineți: o listă de meridiane clasice și abrevierile lor standard apare în tabelele 16.6 și 16.7 de la pagina 218

potențiale de acțiune Răspunsul electric al unui nerv la stimulare; pentru de exemplu, cu un ac de acupunctură. Potențialele de acțiune călătoresc (sau „se propagă") de-a lungul fibrei nervoase până la sinapsă (vezi mai jos)

punct de acupunctura	În mod tradițional, o locație precisă în care trebuie introdus acul. Interpretat mai vag aici
afectiv (componenta durerii)	Aspectul emoțional al durerii, care este tulburător sau supărător; „durerea este îngrozitoare"
nervul aferent	Un nerv care aduce informații de la periferie către sistemul nervos central - nerv senzitiv
analgezie	Analgezia înseamnă strict eliminarea completă a durerii, dar „analgezia prin acupunctură" înseamnă reducerea durerii, adesea folosită împreună cu anestezia prin medicamente.
acupunctura auriculară	Acupunctură în care se introduc acele în urechea externă
nervii autonomi	Nervi responsabili de controlul funcțiilor corpului care nu sunt sub controlul conștient
canal (= meridian)	Linii invizibile de pe suprafața corpului care leagă punctele de acupunctură. Nu a fost găsită nicio structură fizică care să explice aceste canale. În medicina tradițională chineză, se crede că canalele sunt calea pentru fluxul de ***„ qi "***
de *qi*	Cuvânt chinezesc pentru senzație de ac, literal „amorțeală, distensie, greutate și durere"; de asemenea, senzație de furnicături și răspândire
dermatom	Zona suprafeței corpului inervată de un nerv senzitiv dintr-un singur segment spinal
corn dorsal	Partea substanței cenușii din segmentul spinal unde se termină nervii aferenți

acul uscat	Un termen folosit uneori pentru acupunctură atunci când acul este efectuat fără o abordare tradițională chineză
nervul eferent	Un nerv care transportă informații departe de sistemul nervos central, fie motor sau autonom
electroacupunctura	Stimulare electrică aplicată prin ace introduse în mod obișnuit
extrasegmental	Nu se limitează doar la un singur segment al coloanei vertebrale; folosit pentru a descrie una dintre acțiunile
„acupunctură" cu laser	Laser cu energie redusă aplicat pe punctele de acupunctură, fără ace
sistemul limbic	Colecția de mai mulți centri din creier care sunt strâns implicați în diferite răspunsuri emoționale
puncte majore	Puncte de acupunctură care par să aibă efecte regulatoare sau stimulatoare generalizate deosebit de puternice
meridian	Vezi canalul
moxa	Frunza uscată a plantei *Artemisia vulgaris* folosită ca stimul termic. Este ars fie direct peste piele, fie pe sau aproape de un ac. Acest tratament, *moxibustie*, a fost o parte integrantă a tratamentului tradițional chinezesc de acupunctură
punct de declanșare miofascial	Arie mică de hiperiritabilitate într-o bandă încordată de mușchi scheletici care are caracteristici speciale
miotom	Toți mușchii inervați dintr-un singur segment spinal
Tehnica NADA	Forma standardizată de acupunctură auriculară pentru centrele de tratament pentru dependenți de droguri, dezvoltată de Asociația Națională de Detoxifiere prin Acupunctură
durere neuropatică	Tip de durere cauzată de funcționarea defectuoasă a sistemului nervos sau după o leziune a acestuia
neurotransmitator	Orice substanță chimică din organism care stimulează un nerv; și în special unul eliberat de un alt nerv local (neurotransmisie)
nociceptie	Procesul de detectare a unui stimul care ar putea fi dăunător organismului; poate (sau nu) să dea naștere la percepția durerii
peptide opioide	O clasă de transmițător chimic endogen în SNC, al cărui efect general este de a modula percepția durerii

durere	O experiență senzorială și emoțională neplăcută, asociată cu leziuni tisulare reale sau potențiale sau descrise în termenii unei astfel de leziuni
ciugulirea periostală	Stimularea periostului cu un ac
stimularea nervoasă electrică percutanată	Efectiv, același tratament ca și electroacupunctura, deși nu folosesc puncte de acupunctură
placebo	O intervenție care se pretinde a fi un tratament fizic sau chimic, dar funcționează în întregime psihologic; numai etic în contextul cercetării
propaga	Termen corect pentru a descrie mișcarea potențialelor de acțiune de-a lungul unei fibre nervoase
q'' (" chi ")	Deseori folosit pentru a însemna „energie". Inițial a reprezentat hrana și apărarea organismului (adică, interpretarea modernă, alimentarea cu sânge și funcția imunitară)
sclerotom	Zona osoasă inervată dintr-un singur segment spinal
sensibilizare	Stare excitată a sistemului nervos în care există un răspuns exagerat la un stimul. Acesta poate fi periferic sau central
stimulare senzorială	Tratamente, inclusiv acupunctura, care implică stimularea nervilor senzoriali. Practicanții care folosesc acest termen au mai multe șanse să folosească stimularea electrică prin tampoane sau ace
senzorial (componenta durerii)	Conștientizarea durerii în ceea ce privește locul, natura și intensitatea: „Doare aici" (vezi și „afectiv" pentru efectul psihologic)
stimul senzorial	O modalitate fizică care are ca rezultat activarea nervilor senzoriali
falsă	= preface. De obicei, în contextul unui tratament pretins care este conceput ca o procedură de control într-un studiu clinic
somatic	De-a face cu „soma", care este practic părțile musculo-scheletice ale corpului, distincte de părțile viscerale
somatovisceral	Efectul pe care organismul îl poate avea asupra organelor interne, prin căi neuronale
reactor puternic	Un pacient care are reacții adverse și benefice mult mai puternice la acupunctură decât majoritatea oamenilor
acutizare superficială	Acele pătrund în piele și fascia superficială, dar nu pătrund mai adânc

sinapsa	Joncțiunea dintre două celule nervoase, unde potențialul de acțiune din prima se poate transfera către a doua, propagă stimulul. Sinapsa este locul crucial în care activitatea sistemului nervos poate fi modificată: circumstanțele locale determină dacă efectul stimulului primit poate fi redus, blocat sau amplificat.
punct delicat	O locație care provoacă durere atunci când este apăsată; poate avea sau nu caracteristicile specifice unui punct de declanșare miofascial
ZECI	Stimularea nervoasă electrică transcutanată, o tehnică de stimulare senzorială prin electrozi de suprafață. Diferă de acupunctură în moduri importante, mai ales prin faptul că nu are (de obicei) efecte susținute sau cumulate
acupunctura tradițională chineză	O abordare a acupuncturii de la mijlocul secolului al XX-lea, care îmbrățișează diferite modele diferite de acupunctură care au evoluat în diferite părți ale Chinei și în diferite perioade istorice. Parte a medicinei tradiționale chineze (MTC)
viscerotom	Toate organele inervate dintr-un singur segment spinal
viscerosomatic	Efectul reflex pe care evenimentele din organele interne îl au asupra restului corpului, prin căi neuronale
Acupunctura medicală occidentală	O abordare de acupunctură care interpretează fenomenele de acupunctură în funcție de înțelegerea actuală a structurii și funcției corpului și integrează acupunctura cu medicina occidentală

CAPITOL

Introducere

Cuprins

Cum putem fi siguri că acupunctura este o terapie validă? 2

De ce nu acceptați pur și simplu explicațiile tradiționale pentru acupunctură? 4

Reevaluarea fenomenelor de acupunctură 5

Tratamentul cu acupunctură este o experiență ciudată. Înainte de a se întinde pe canapeaua de tratament, pacienților li se poate cere să-și sufle mânecile și să-și dea jos șosetele sau ciorapii – chiar dacă nu se plâng de nimic în neregulă cu mâinile și picioarele. Acupuncturistul probabil le va împinge și le va înghiți în diferite părți ale corpului și poate măsura de-a lungul pielii cu degetele, căutând un anumit punct pentru a introduce niște ace speciale. Este posibil ca inserția în sine să nu doară deloc și, cu siguranță, să nu vă placă înțepătura ascuțită la care v-ați aștepta - ceea ce este la fel de bine, deoarece acupuncturistul va continua să introducă mai multe ace, posibil chiar șase sau opt. Acele merg fie doar în piele, fie mai adânc în mușchi. Fiecare ac are o lungime de aproximativ 1 inch (Placuța 1) și este introdus până la jumătate și apoi răsucit timp de aproximativ 30 de secunde. Acest lucru produce un fel ciudat de durere, ceea ce este ciudat deoarece acele sunt solide - nu se injectează nimic și nu se extrage nimic. Apoi acele doar stau acolo, sau poate sunt atașate la un stimulator alimentat de baterii (Planca 2), ceea ce le face să furnică ușor. Acele sunt lăsate timp de aproximativ 10 până la 20 de minute, înainte de a fi pur și simplu scoase din nou. Pacientul pleacă apoi acasă, simțindu-se adesea ciudat de relaxat timp de câteva ore, chiar și puțin somnoros. Apoi el sau ea poate observa că simptomele se simt puțin mai bine - deși, la fel de probabil, nu după un singur tratament. Această performanță ciudată se repetă o dată pe săptămână pentru un curs de șase sau opt tratamente și, în majoritatea cazurilor, simptomele dispar treptat.

Pacienților care își întreabă acupunctorul ce se întâmplă sau care explorează acupunctura pe internet sau într-o carte, probabil li se va spune ceva despre originile acupuncturii în medicina tradițională chineză și li se va spune că acele acționează influențând ceva numit energia *„ qi ”*, care curge în jurul corpului în structuri numite „meridiane”. Aceste idei neobișnuite (care nu sunt susținute de nicio dovadă, de altfel) par să se potrivească cu ciudatenia tratamentului și astfel tind să fie acceptate, chiar și uneori de către oameni care recunosc că sunt complet străine de înțelegerea noastră a modului în care funcționează organismul. Aceste explicații par chiar acceptate de unii profesioniști din domeniul sănătății, așa că este ușor pentru pacienți să le accepte necritic, gândindu-se: „Profesionistii ar trebui să știe, deci de ce să-i pună la îndoială?”.

Cititorii acestei cărți vor descoperi o abordare diferită: luăm această terapie ciudată care a crescut de-a lungul multor secole și încercăm să o reinterpretam în termeni moderni. Folosim un punct de vedere științific și aplicăm înțelegerea actuală a modului în care funcționează corpul pentru a explica ce se întâmplă atunci când acele acele sunt introduse și manipulate. Sperăm să arătăm că această abordare medicală poate fi folosită nu numai pentru a explica ce se întâmplă în timpul acupuncturii , ci și ca un ghid pentru tratarea diferitelor afecțiuni cu ace. Sperăm că acest stil de acupunctură va fi mai ușor acceptat în medicina occidentală și, astfel, va deveni mai accesibil pacienților.

Să rezumăm poziția pe care o luăm în această carte:

- Acupunctura este un tratament util care merită un loc alături de medicamentele convenționale și chirurgia.
- Există o abordare modernă și validă a acupuncturii care o vede ca pe o formă de stimulare a nervilor și a mușchilor.
- Nu spunem că explicațiile noastre particulare sunt „corecte", iar explicațiile tradiționale chineze sunt „greșite".
- Nu spunem că știința a oferit toate răspunsurile - există încă o mulțime de lacune în cunoștințele și înțelegerea noastră.
    - Abordarea științifică este cea mai bună modalitate de a crește cunoștințele și înțelegerea acupuncturii în viitor, deoarece este autocritică prin însăși natura sa.

Cum putem fi siguri că acupunctura este o terapie validă?

Acupunctura a fost deseori respinsă fără să se gândească prea mult la ea: la urma urmei, este un tratament cu adevărat ciudat și destul de diferit de orice alt tratament din întreaga medicină sau chirurgie, iar explicațiile obișnuite date pentru aceasta sunt și mai ciudate. Deci putem înțelege când oamenii gândesc: „Trebuie să fie doar o sugestie". Avem cota noastră de scepticism, dar experiența noastră de acupunctură ne convinge că este un fenomen real și valoros. Iată doar trei linii de raționament în sprijinul acestei opinii:

I. Acupunctura este în creștere în popularitate, atât în rândul pacienților, cât și în rândul medicilor lor - dintre care unii au reputația de a fi destul de îndrăzneți . Opiniile atâtor mii de oameni sensibili nu trebuie respinse prea ușor. Într-un sondaj din Marea Britanie din 1998, aproximativ 7% din populația adultă a raportat că au folosit acupunctura la un moment dat în viață (Thomas et al 2001a). Acupunctura este folosită din ce în ce mai mult de către medicii generaliști înșiși sau furnizată de alți membri ai echipei de asistență medicală primară. Este cea mai populară dintre terapiile complementare (Thomas et al 2001b). Acupunctura este oferită pacienților în 84% din clinicile de durere cronică din Serviciul Național de Sănătate (Woollam & Jackson 1998). În aceste clinici de durere, competiția pentru resurse este intensă și niciun tratament nu supraviețuiește decât dacă funcționează destul de frecvent. O imagine similară reiese din alte țări occidentale și din acupunctura

continuă să fie oferit în mod obișnuit în multe țări din Est, cum ar fi China, Coreea și Vietnam, unde este de obicei disponibil în paralel cu medicina în stil occidental. w

2. Există tot mai multe dovezi din studiile clinice că acupunctura nu este doar un placebo. Există multe dificultăți în organizarea unor studii clinice cu adevărat riguroase ale acupuncturii și nu în ultimul rând este ce să folosiți ca „placebo" - la urma urmei, ce altceva arată și se simte ca un ac, dar nu este un ac? Cu toate acestea, există acum suficiente studii și recenzii ale acestor studii pentru a fi rezonabil de sigur că acupunctura are efecte reale. Recenzii recente au arătat că acupunctura este mai bună decât placebo în tratarea a trei tipuri destul de diferite de probleme: greață și vărsături (Lee & Done 2004, Ezzo et al 2005), dureri de spate (Manheimer et al 2005) și dureri cronice de genunchi (White et al 2007). Există o mulțime de dovezi pozitive în alte condiții și vom rezuma acest lucru mai târziu în carte.

3. Poate cel mai puternic argument în favoarea acupuncturii este experiența clinică acumulată care vine odată cu urmărirea pacienților care sunt tratați cu acupunctură și ascultarea comentariilor lor. Evenimentele care au loc, atât în timpul cât și după tratament, sunt atât de distinctive și atât de neașteptate încât pacienții pur și simplu nu le-au putut inventa. Și se întâmplă destul de des și sunt suficient de asemănătoare la pacienți complet diferiți, pentru a sugera că acele de acupunctură au niște efecte destul de clare și biologice. Unele dintre aceste evenimente sunt enumerate în Caseta 1.1.

CASETA 1.1

Fenomene care sunt caracteristice tratamentului cu acupunctura

- Acele produc senzații destul de diferite de orice altceva experimentat vreodată.
- Ameliorarea durerii apare în trei modele distincte: uneori imediat după îndepărtarea acelor; uneori dimineața după tratament; iar uneori acumulându-se treptat pe parcursul mai multor tratamente.
- Acele dintr-o parte a corpului tratează o altă parte: de exemplu, pacienții cu migrenă beneficiază de a fi acul în picior.
- Pacienții raportează în mod spontan sentimente de bunăstare îmbunătățită și somn profund după tratament.
- Alte simptome minore (necunoscute de acupuncturist și destul de incidente cu problema principală care este tratată) sunt adesea îmbunătățite de acupunctură, cum ar fi un ciclu menstrual neregulat sau o tulburare ușoară a intestinului.
- După tratament pot apărea evenimente adverse „sistemice" ușoare, de exemplu somnolenţă, agravare a simptomelor, cefalee sau greaţă.
- Foarte ocazional, acupunctura produce un impact surprinzător de puternic asupra sistemului nervos (în mod excepțional, poate provoca chiar o convulsie de un fel sau o pierdere a conștienței pentru o perioadă scurtă de timp).

De ce nu acceptați pur și simplu explicațiile tradiționale pentru acupunctură?

Oamenii ne spun că, pentru că chinezii au descoperit acupunctura cu multe secole în urmă și încă o folosesc și pentru că explicațiile lor sunt atât de naturale, frumoase și filozofice, trebuie să aibă dreptate. Aceiași oameni ne spun că abordarea noastră științifică este prea limitată pentru a face dreptate subtilităților acestei arte străvechi. Nu suntem convinși de acest lucru și vom explica pe scurt de ce aici (și mai detaliat mai târziu în carte).

Acupunctura s-a dezvoltat pe parcursul a 2000 de ani. În această perioadă, teoriile despre lume au evoluat și s-au schimbat dramatic pe măsură ce oamenii au făcut noi descoperiri și au obținut o nouă înțelegere a naturii. Cu fiecare nouă viziune asupra lumii, fenomenele acupuncturii au fost explicate într-un mod diferit, conform noilor idei. Pur și simplu continuăm această tradiție.

Până acum, acupuncturii au avut grijă să nu respingă conceptele anterioare, ci să adauge noile explicații la cele vechi. Așadar, conceptele antice taoiste despre Yin și Yang din naturalism în jurul anilor 300-400 î.Hr., încorporate în epoca confucianismului Han, în jurul anului 100 î.Hr., se amestecă cu ideile de boală datorată posesiei de către demoni, teoriile a cinci elemente universale fundamentale și sindroame moderne. Se pare că a existat un fel de respect pentru modelele anterioare, care i-a făcut pe oameni să se agațe de vechile idei ca un fel de asigurare împotriva pierderii unor informații valoroase.

Cu toate acestea, știința occidentală a adus o schimbare fundamentală în natura cunoștințelor și înțelegerii noastre, iar păstrarea ideilor vechi în timp ce le adăugăm pe cele noi ar fi echivalentul cu a cere cititorului să accepte atât faptul că lumea este rotundă, *cât și* că este plată. Nu este ușor pentru omul modern.

Considerăm acupunctura tradițională chineză ca o parte fascinantă a istoriei medicinei și respectăm medicii antici, dar explicațiile lor nu au sens astăzi - cel puțin, nu pentru noi. Vom ilustra acest lucru cu doar trei exemple de idei fundamentale în teoria acupuncturii tradiționale chineze:

1. Acupunctura tradițională chineză implică conceptul de bază că punctele de puncție acu există pe meridiane și tocmai prin intermediul meridianelor acele își realizează efectele. Dar nimeni nu a arătat nicio dovadă pentru existența fizică a acestor meridiane, până acum. Pentru a ocoli această problemă, meridianele sunt uneori descrise ca doar un concept abstract: dar este greu de acceptat cum un astfel de concept abstract poate avea efectele fiziologice puternice pe care le vedem în practica clinică.
2. Acupunctura tradițională chineză poate oferi o explicație pentru simptomele fiecărei persoane și poate oferi un diagnostic pentru fiecare afecțiune din dicționarul medical. Cu toate acestea, din ceea ce știm despre gama uriașă de boli care fac parte din medicină, pare extrem de improbabil ca afecțiuni la fel de diferite precum cancerul, artrita reumatoidă, pneumonia și bolile de inimă să poată fi explicate printr-un mecanism unic, atotcuprinzător, cu atât mai puțin că toate ar putea răspunde la tratamentul cu ace de acupunctură.

3. Când vine vorba de tratamentul propriu-zis cu acupunctură, punctele sunt selectate pe baza faptului că fiecare punct de acupunctură are o funcție specifică. De exemplu, un punct din apropierea degetului mare „elimină focul ficatului". Chiar dacă putem w înțelegeți simptomele „Liver-Fire" ca senzații de fierbinte și înroșire a pielii, ideea că cauza de bază a acestor senzații poate fi corectată prin acționarea unui anumit punct al piciorului nu are sens, conform a ceea ce știm despre anatomia și fiziologia corpului. Această relație „cauză și efect" pare să fie teritoriul științei, nu un sistem tradițional de credință, iar explicațiile care folosesc ideile că acele stimulează nervii și eliberează transmițători în creier ni se par mult mai potrivite.

Cititorii vor fi iertați că au ajuns la concluzia că, dacă ar dori să accepte teoria acupuncturii tradiționale chineze, ar trebui să-și „suspendă neîncrederea". Este timpul să reconsiderăm acupunctura și fenomenele sale ciudate în moduri care să fie credibile științei occidentale.

Reevaluarea fenomenelor de acupunctură

Așadar, acesta este miezul argumentului nostru: acupunctura funcționează, dar nu din motivele - menționate de obicei. Acupunctura ca tratament este valabilă, dar explicațiile tradiționale nu se aplică în lumea modernă.

Scopul acestei cărți este de a oferi explicații care se leagă de înțelegerea actuală a structurii, funcției și bolii - plus o mică cantitate de presupuneri . Acceptăm că aceste explicații sunt doar provizorii și vor fi revizuite atunci când se vor face noi descoperiri; dar oferă o bază solidă pentru un tratament care este rațional în circumstanțele prezente. Credem că această abordare va face acupunctura accesibilă multor mai mulți pacienți.

Dispunerea cărții își propune să dezvăluie înțelegerea noastră a acupuncturii în mod metodic, începând cu mecanismele de acțiune subiacente (Secțiunea I), prin dovezi de siguranță și eficacitate (Secțiunea II), pregătirea pentru practică (Secțiunea III) și, în final, îndrumări pentru practica clinică (Secțiunea IV).

Această carte este destinată persoanelor care doresc să învețe cum să folosească acupunctura în tratamentele lor. Trebuie privit ca un supliment la cursurile practice de formare „practică" pentru practicienii din domeniul sănătății și nu ca un înlocuitor. Învățarea oricărei terapii practice, cum ar fi acupunctura, trebuie să implice o anumită observație și ucenicie. Scopul nostru nu este să scriem o „carte de bucate" cu rețete de tratament, ci să ajutăm cititorul să înțeleagă principiile fundamentale ale punctiei acu, care pot fi apoi aplicate în orice situație în care este cazul.

În cele din urmă, o notă despre utilizarea referințelor din literatură în această carte: nu ne propunem să oferim citate științifice cuprinzătoare pentru a susține fiecare afirmație faptică pe care o facem: dacă am face asta, lista de referințe ar fi mai lungă decât textul. Am încercat să citățm o referință care să susțină toți pașii cruciali ai argumentelor și am încercat, de asemenea, să includem toate referințele majore care credem că vor fi utile oricărui cititor care dorește să-și extindă cunoștințele pe anumite subiecte.

CHAPTER

O privire de ansamblu asupra acupuncturii medicale occidentale

Cuprins

Introducere 7

Acupunctura în Occident 8

Cinci mecanisme pentru înțelegerea acupuncturii medicale occidentale 8

Mecanisme încă necunoscute 12

Utilizarea acupuncturii medicale occidentale 13

Alte interpretări ale acupuncturii medicale occidentale 13

Repere în acupunctura medicală occidentală 14

Introducere

Acest capitol oferă o scurtă trecere în revistă a ceea ce știm despre mecanismele fiziologice ale acupuncturii și modul în care acestea pot oferi o bază rațională pentru tratarea pacienților. Acesta se dorește să fie atât un rezumat pentru cititorul general, cât și o introducere pentru practician, astfel încât următoarele capitole despre mecanisme să fie mai digerabile. În acest capitol, evităm cuvintele tehnice acolo unde este posibil și menținem referințele la minimum, pentru a nu distrage atenția cititorului.

Pentru un observator ocazional, acupunctura medicală occidentală arată foarte asemănătoare cu acupunctura chineză tradițională. Acele sunt introduse în diferite locuri ale corpului, inclusiv de multe ori mâinile și picioarele; sunt agitate manual si uneori stimulate de impulsuri electrice si sunt scoase din nou dupa o perioada de timp; de obicei, undeva între 5 și 30 de minute.

Cu toate acestea, există diferențe considerabile între cele două abordări. Un acupuncturist occidental pune un diagnostic medical în mod convențional, folosește ace pentru a influența fiziologia corpului conform viziunii convenționale (științifice) și consideră acupunctura ca un tratament convențional, împreună cu medicamente sau intervenții chirurgicale, sau orice altceva necesită pacientul. Un acupuncturist tradițional pune un diagnostic în ceea ce privește o tulburare a „echilibrului” corpului, care trebuie corectată cu ace.

Acupunctura în Occident

Mai mulți medici britanici au descoperit beneficiile acupuncturii în mod independent, în ultimele două sute de ani. La începutul secolului al XIX-lea o Londra sur
U geon cu numele Churchill a publicat două cărți despre acupunctură care descriu modul în care a tratat pacienții cu dureri reumatice prin introducerea de ace în punctele sensibile (Baldry 2005a). Un secol mai târziu, celebrul medic canadian William Osler (1849-1919) a descoperit acupunctura și a recomandat introducerea acelor de pălărie în punctele sensibile ale mușchilor spatelui pentru a trata lombago. Niciunul dintre acești medici eminenti nu a folosit filozofia chineză pentru a explica acupunctura, ci a introdus pur și simplu ace în punctele dureroase.

Istoria modernă a acupuncturii medicale occidentale începe în anii 1970 cu Felix Mann, un medic calificat din punct de vedere medical care și-a dat osteneala să învețe limba chineză pentru a putea înțelege mai bine acupunctura pe care a învățat-o atât în Europa, cât și în China. Concluziile pe care le-a tras din studiile sale și din experiența sa clinică erau destul de eretice la acea vreme: „meridianele nu există; punctele nu există". Acest lucru i-a eliberat pe alți acupuncturi să gândească de neconceput și să înceapă să exploreze o abordare rațională a acupuncturii.

Cam în același timp, cercetările începuseră să ofere mijloacele de înțelegere a - mecanismelor acupuncturii. Pe fondul teoriei de control al durerii (Melzack & Wall 1965), descoperirea „endorfinelor " (Hughes et al 1975) a fost un progres major, urmat la scurt timp după aceea de studii care au arătat că acupunctura eliberează endorfinele (Han & Terenius 1982). Această asociere strânsă dintre acupunctură și endorfine , numită acum „peptide opioide endogene", a ajutat enorm la stabilirea credibilității acupuncturii și aceasta a fost întărită de-a lungul timpului prin descoperirea altor mecanisme de acțiune, precum și prin studii clinice pozitive. Începând cu anii 1970, acupunctura medicală occidentală și-a câștigat treptat locul și a devenit mai larg acceptată alături de terapiile occidentale convenționale într-un serviciu de sănătate modern.

Acupunctura medicală occidentală se bazează pe o înțelegere contemporană a mecanismelor corpului.

Cinci mecanisme pentru înțelegerea acupuncturii medicale occidentale

Aici prezentăm cinci mecanisme (Fig. 2.1) care pot contribui în mare măsură la explicarea fenomenelor acupuncturii, așa cum au fost subliniate în Introducere . Patru dintre mecanisme implică sistemul nervos și unul implică mușchii. Fiecare poate fi utilizat într-un scop diferit, motiv pentru care oricine folosește acupunctura medicală occidentală trebuie să înțeleagă starea pacientului în ceea ce privește diagnosticul și patologia convențională. Diferitele mecanisme necesită ușoare variații în tehnicile de tratament, astfel încât acestea trebuie adaptate pentru fiecare pacient în parte. În practică, există o suprapunere considerabilă între mecanisme, iar tratamentul activează adesea mai mult de un mecanism.

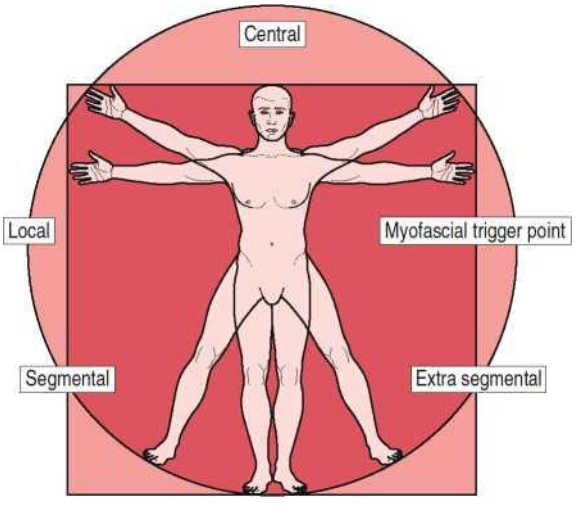


Figura 2.1 Cinci mecanisme cunoscute pentru efectele acupuncturii.

Efecte locale

Acupunctura produce multe dintre efectele sale prin stimularea fibrelor nervoase din piele și mușchi. Acești nervi senzitivi formează o rețea în straturile pielii. Atingerea unuia dintre acești nervi declanșează potențiale de acțiune (vezi Glosar). Potențialele de acțiune se răspândesc în jurul rețelei la nivel local, un efect cunoscut sub numele de „reflex axonal". Ca urmare, sunt eliberate diferite substanțe, în special una numită peptidă legată de gena calcitoninei (CGRP). Acest lucru face ca vasele de sânge locale să se dilate, astfel încât fluxul sanguin local crește. Acest efect poate fi observat adesea la pacienții care suferă de acupunctură: pielea din jurul acelor devine adesea roșu aprins odată cu creșterea fluxului sanguin (vezi Planșa 3), iar ulterior poate fi observată o mică „bătătură" sub piele (Planca 4). Fluxul sanguin este crescut și în țesuturile profunde, ceea ce încurajează vindecarea țesuturilor, de exemplu în unele afecțiuni ale pielii sau leziuni minore. De asemenea, poate îmbunătăți funcția glandelor locale, cum ar fi glandele salivare.

Acupunctura promovează vindecarea locală.

Analgezie segmentară

De asemenea, potențialele de acțiune călătoresc în sus prin nervul direct către segmentul său particular din măduva spinării, unde au tendința de a deprima activitatea cornului dorsal, reducând răspunsul acestuia la stimulii dureroși. Acesta este cunoscut ca efect „segmental" și este probabil principalul mecanism prin care acupunctura ameliorează durerea – simptomul pentru care este cel mai frecvent utilizat. Acupunctura inhibă durerea din orice parte a corpului care trimite nervi către acel segment special al coloanei

vertebrale

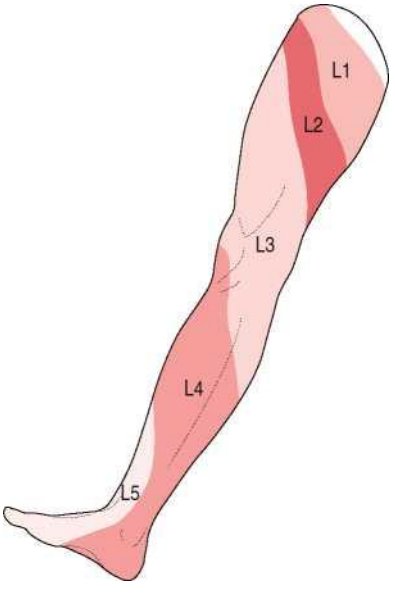


Figura 2.2 Desen schematic al piciorului care arată inervația pielii de către diferite segmente spinale. Un ac de acupunctură reduce durerea în segmentul pe care îl stimulează.

cordon. De exemplu, nervii dintr-o articulație dureroasă a genunchiului intră în același segment ca și nervii din mușchii din jurul acesteia: astfel încât durerea de la articulația genunchiului va fi redusă prin ace introduse în acei mușchi. De fapt, deoarece conexiunile nervilor nu sunt limitate exact la un singur segment, efectul segmentar al acupuncturii se extinde și la segmentele adiacente, așa cum se arată schematic în Figura 2.2 .

Acupunctura reduce durerea în segmentul în care sunt introduse acele.

Analgezie extrasegmentară

Potențialele de acțiune produse de acul de acupunctură se deplasează apoi de la cornul dorsal până la trunchiul cerebral. Aici, ele stimulează mecanismele de suprimare a durerii proprii ale corpului . Dacă este o surpriză să afli că organismul ar trebui să aibă mecanisme de suprimare a durerii, atunci reamintește-ți ocaziile în care te-ai rănit fără să observi cu adevărat, probabil pentru că te-ai concentrat din greu la altceva în acel moment - de exemplu, în timp ce făceai sport. Numai când te relaxezi după meci devii conștient de durere (Melzack & Wall 1988). În mod clar, creierul poate inhiba durerea și face acest lucru prin nervii descendenți, care eliberează unii neurotransmițători la fiecare segment al măduvei spinării.

Acesta este cunoscut sub numele de efect analgezic „extrasegmental” - deoarece nu este limitat la un singur segment. Acupunctura poate activa extrasegmentalul

efect, și astfel au efecte care se extind pe întregul corp, cu mult dincolo de segmentul în care se aplică acupunctura. Efectul extrasegmental nu este de obicei deosebit de puternic - nu este suficient pentru a suprima durerea cu totul - dar fiecare mic ajută.

Acupunctura reduce durerea în întregul corp.

Efectul extrasegmental nu pare să depindă de acționarea anumitor puncte, ci mai mult de obținerea unei cantități adecvate de stimulare.

Efecte de reglementare centrală

După ce ajung la nivelul creierului mediu, potențialele de acțiune continuă să influențeze diferite alte structuri ale creierului. Unul dintre acestea este scoarța cerebrală, unde se înregistrează senzația de ace. Alte structuri mai profunde sunt, de asemenea, stimulate , inclusiv hipotalamusul și sistemul limbic. Acestea sunt locurile diferitelor efecte „reglatoare" ale acupuncturii. Aceste modificări ale creierului sunt prezentate în imaginile din planșa 5, la care vom reveni mai târziu în carte.

Acupunctura are efecte calmante generale asupra multor pacienti si imbunatateste starea lor de bine. Ei devin mai veseli și mai motivați cu o perspectivă pozitivă asupra vieții, deși acest lucru se poate datora parțial altor factori din relația apeutică. Pacienții pot simți în continuare durerea, dar aceasta îi deranjează mai puțin. Acupunctura are, de asemenea, alte efecte centrale importante de reglare. Este bine cunoscut pentru reducerea grețurilor, de exemplu la femeile însărcinate. De asemenea, poate influența sistemul nervos autonom și diverși hormoni, cum ar fi hormonii feminini care controlează ciclul menstrual.

Conform abordării occidentale, unele dintre aceste efecte ale acupuncturii depind mai mult de tipul de stimulare care este dat decât de locația exactă în care este administrată.

Acupunctura are un efect calmant și îmbunătățește starea de bine.

Puncte de declanșare miofasciale

Toată lumea este familiarizată cu faptul că oasele rupte, articulațiile rănite, ligamentele încordate și tendoanele sunt dureroase. Dar majoritatea oamenilor consideră că leziunile musculare sunt mai puțin grave și se așteaptă pur și simplu să se vindece. De fapt, atunci când un mușchi a fost puternic supraîncărcat sau întins brusc - poate încordat de o postură incomodă la birou sau poate cărând ceva greu - poate dezvolta o zonă mică de leziuni care se poate vindeca lent și poate provoca dureri persistente. Se formează mici „noduri" de fibre musculare strânse, cunoscute sub numele de „punct de declanșare miofascial" (MTrP) (Fig. 2.3). Aceste MTrP sunt departe de a fi pe deplin înțelese; ele pot fi un mecanism de protecție pentru a asigura mușchiul odihnit în timp ce se vindecă sau pot fi pur și simplu o defecțiune a procesului de vindecare în mușchi.

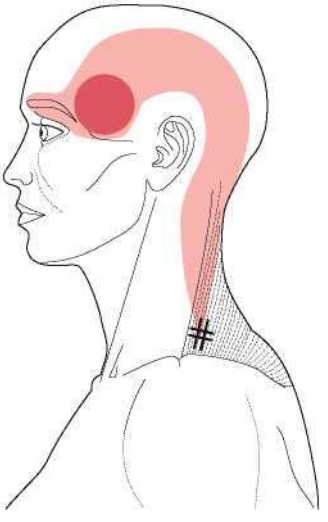


Figura 2.3 Punctul miofascial al mușchiului trapez care provoacă dureri la nivelul gâtului și capului.

Punctele declanșatoare miofasciale sunt sensibile, dar nu sunt doar „puncte declanșatoare" obișnuite și ar trebui să fie distinse de sensibilitatea în fibromialgie. Din păcate, nu există analize de sânge sau examen cu raze X care să confirme diagnosticul și trebuie să ne bazăm pe o examinare atentă pentru a le identifica. MTrP-urile pot fi distinse prin caracteristicile lor tipice:

- Se simte o *bandă întinsă care curge de la un capăt la celălalt al fibrei musculare, cu o pată sensibilă acut.*
- Durerea produsă de presiunea asupra punctului sensibil este recunoscută de pacient ca fiind propria sa durere.
- Durerea este transmisă la o anumită distanță, într-un mod previzibil (vezi Fig. 2.3). De fapt, este adesea posibil să se lucreze înapoi de la locul durerii și să prezică locul MTrP.
- Mișcarea mușchiului este restricționată de durere.

Diferite linii de dovezi sugerează că punctele de declanșare miofasciale au fost recunoscute de către medicii antici chinezi și ar fi putut chiar să fie printre primele afecțiuni medicale care au fost tratate cu ace.

Acupunctura inactivează punctele de declanșare miofasciale.

Mecanisme încă necunoscute

Există încă lacune mari în înțelegerea neurofiziologiei corpului uman, dar două domenii de cercetare actuală ar trebui să ne ofere o înțelegere și mai bună a mecanismelor de acupunctură în următorii câțiva ani.

În primul rând, mecanismele durerii cronice sunt puțin înțelese, dar conceptele actuale care sunt investigate și sunt promițătoare includ modificări pe termen lung ale neurotransmițătorilor și receptorilor acestora, precum și modificări ale celulelor gliale m. și bariera hemato-encefalică.

În al doilea rând, studiile imagistice, în special imagistica prin rezonanță magnetică funcțională , dezvăluie funcția creierului și oferă o nouă înțelegere a acțiunilor structurilor profunde ale creierului. Aceste studii au contribuit deja la o mai bună înțelegere a acupuncturii.

Additionally, more detail is being discovered about the local effects of acupuncture and some of these effects may not involve the nervous system directly. For example, evidence is already beginning to accumulate that acupuncture needles may have important effects on connective tissue.

Utilizarea acupuncturii medicale occidentale

Termenul de acupunctură „medicală" nu înseamnă că numai medicii îl pot folosi, iar cuvintele acupunctură „modernă" sau „științifică" s-ar descurca la fel de bine. Toate transmit ideea că această abordare a acupuncturii se bazează pe înțelegerea actuală a structurii și funcției corpului. Aceasta este diferența fundamentală față de abordarea tradițională chineză.

Caracteristicile esențiale ale tratamentului cu acupunctura medicală occidentală sunt următoarele:

- se folosesc metode conventionale de anamneza si examen medical, cu investigatii clinice daca este necesar, pentru stabilirea unui diagnostic conventional
- sunt decise funcțiile care trebuie influențate de acupunctură la un anumit pacient
- se administrează tratamentul adecvat, într-o doză care este atent adaptată individului
- tratamentul se repetă în funcție de răspunsul inițial al pacientului și de modificările pe care le raportează în următoarele zile.

Acupunctura medicală occidentală nu pretinde că tratează orice afecțiune medicală și nici fiecare individ; acupuncturii trebuie să știe când este adecvat și când nu este adecvat, să folosească acupunctura.

Alte interpretări ale acupuncturii medicale occidentale

În această carte descriem tratamentul cu acupunctură foarte mult în ceea ce privește mecanismele sale de acțiune. Încurajăm acupuncturistul să planifice un tratament pentru a activa mecanismele care vor beneficia pacientul. Aceasta înseamnă că abordarea noastră se bazează în mod corect și direct pe dovezi - și, ca urmare, aceasta

vor fi modificate și dezvoltate în mod constant în lumina noilor cercetări și vom deveni acceptabile într-un serviciu de sănătate bazat pe dovezi.

Alte abordări ale acupuncturii occidentale de către practicieni respectați se concentrează mai mult pe examenul clinic și pe experiența practicianului. Z Mann respinge punctele convenționale în majoritatea privințelor și recomandă 2 ascuțire minimă a unui număr restrâns de puncte (Mann 1992). Campbell acordă o mare importanță reacției pacientului atât la examinare, cât și la injectare și folosește „zonele de tratament prin acupunctură" mai degrabă decât punctele tradiționale (Campbell 2001). Ambele abordări se bazează în mare măsură pe învățarea prin experiență, dar adesea practicianul modern are destul de puțin timp de alocat experimentării și observării atentă care sunt necesare pentru aplicarea acestor abordări. Macdonald subliniază semnificația punctului sensibil (Macdonald 1982), iar Baldry, un alt acupuncturist medical influent, subliniază tratamentul punctelor declanșatoare după munca de pionierat a lui Travell și Simons (Baldry 1993), iar acum recomandă utilizarea de rutină a pungii superficiale. Gunn a dezvoltat o aplicație specială a acupuncturii concentrându-se pe diagnosticul și tratamentul radiculopatiei, considerând că aceasta este cauza fundamentală a multor cazuri de durere cronică. El tratează segmentele afectate cu pungerea profundă a punctelor paravertebrale, un tratament numit „stimulare intramusculară" sau IMS.

Alte autorități s-au concentrat asupra unei forme standardizate de stimulare, în special stimularea electrică: în Suedia acest tratament este numit „stimulare senzorială" (Lundeberg 1999), iar în SUA „acupunctură științifică" (Ulett & Han 2002).

Recunoaștem și ne bazăm pe experiența și înțelepciunea tuturor acestor experți și încurajăm cititorii care doresc să exploreze toate aspectele acupuncturii să-și studieze munca.

Abordarea medicală occidentală a fost promovată în Marea Britanie de către Societatea Britanică de Acupunctură Medicală, care își propune să „încurajeze înțelegerea științifică " a acupuncturii prin căutarea de dovezi, raționalizarea abordării tratamentului și distilarea esenței acesteia pe cursurile de predare, care au evoluat de la înființarea Societății în 1980.

Unele școli de gândire în acupunctură încă se agață de ideologia tradițională chineză a acupuncturii, dar adaugă înțelegere fiziologică occidentală pentru a forma un fel de versiune hibridă. Unele dintre acestea folosesc, de asemenea, termenul „acupunctură medicală" (Helms 1998).

Repere în acupunctura medicală occidentală

Unele dintre principalele contribuții la reevaluarea acupuncturii în termeni științifici sunt enumerate în Tabelul 2.1 , deși există nenumărați alți clinicieni și oameni de știință care au contribuit la gândirea critică despre acupunctură și au ajutat la înțelegerea acesteia.

TABELUL 2.1

Repere în dezvoltarea diferitelor aspecte ale acupuncturii medicale occidentale (dezvoltat dintr-un tabel de Ulett 2002)

Data	Nume(e)	Subiect	Piatra de hotar
1952 pe	Călătorie	Pont de declanșare miofascial (MTrP)	Explorarea originii miofasciale a durerii
1965	Melzack și Perete	Concepte de durere	Teoria de control al durerii
1973	Chiang şi colab	Cercetare de bază	Anestezicul local blochează efectul acupuncturii
1975	Hughes et al	Cercetare de bază	Descoperirea opioidelor endogene
1970 încolo	Han; Pomeranz	Cercetare de bază	Acupunctură și eliberare de neurotransmițători
1970 încolo	Mann	Concepte de acupunctură	Conceptele tradiționale de acupunctură contestate radical
1977	Melzack	MTrP	Corelația dintre punctele de acupunctură și punctele de declanșare miofasciale
1977	Mayer	Cercetare de bază	Analgezia de acupunctură inversată de naloxonă
1980	Clement-Jones	Cercetare de bază	Peptidele opioide cresc la om după acupunctură
1982	Han și Terenius	Cercetare de bază	Articol de revizuire clasic despre eliberarea de neurotransmițători prin acupunctură
anii 1980	Lundeberg	Cercetare clinică	Studii clinice privind acupunctura pentru controlul durerii
anii 1980	Dundee	Cercetare clinică	Studii controlate cu placebo de acupunctură pentru greață
1983	Călătorii și Simons	MTrP	Publicat manualul definitiv al terapiei punctelor de declanșare
1983	Hubbard	Cercetare de bază	Punctele de declanșare arată activitatea electrică
1996	Vickers	Cercetare clinică	Prima revizuire sistematică pozitivă pentru acupunctură
1997	Gerwin	MTrP	A demonstrat că diagnosticul MTrP este de încredere
1999	Simons	MTrP	Mecanism propus pentru punctele de declanșare
1999	Lundeberg	Cercetare de bază	Eliberarea demonstrată a peptidei legate de gena calcitoninei prin acupunctură
2000	Hui	Cercetare de bază	Efectele acupuncturii asupra creierului arătate de imagistica prin rezonanță magnetică
2005	Shah	Cercetare de bază	Microdializa la punctele de declanșare miofasciale demonstrează niveluri ridicate de substanțe care sensibilizează nervii aferenți
2005	Pariente	Cercetare de bază	Acul real activează insula ipsilaterală, acul placebo nu

Further reading

Baldry P 2005 Acupunctură, puncte de declanșare și dureri musculo-scheletice. Churchill stone, Edinburgh

Un manual amănunțit și detaliat care conține informații prețioase despre dezvoltare a acupuncturii, teoria modernă a mecanismelor acupuncturii, acupunctura extensivă diagrame ale punctelor de declanșare miofasciale.

Campbell A 2001 Acupunctura în practică: dincolo de puncte și meridiane. Butterworth-Heinemann, Oxford

O relatare individuală foarte ușor de citit despre acupunctura medicală care introduce ideea unei zone de tratament cu acupunctură, pentru a înlocui punctele tradiționale .

Mann F 1992 Reinventarea acupuncturii: un nou concept de medicină antică. Butterworth-Heinemann, Oxford

O înregistrare personală a unui autor care a fost în fruntea acupuncturii medicale occidentale , cu ilustrații excelente ca parte a unui ghid extins pentru tratament.

CAPITOL

Mecanisme neurologice I: efecte locale

Cuprins

Introducere 17

Nervi senzoriali 18

Fiziologia acupuncturii locale 18

Unde se pune acul? 21

Stimularea cu ac: „doza” de acupunctură 23

Rezumat 25

După ce ați citit acest capitol, ar trebui să puteți:

- denumește tipul de fibră nervoasă care este stimulată de acupunctură
- numiți două neuropeptide eliberate local prin acupunctură.

Introducere

Diferite tipuri de tratament cu acupunctură s-au dezvoltat pentru diferite scopuri. Cea mai simplă formă este să introduceți unul sau câteva ace în piele sau mușchi acolo unde doriți să aveți efectul - în jurul unei zone de piele inflamată sau dureroasă, de exemplu. Acesta este un tratament *local* și face obiectul acestui capitol.

Vom descrie mai întâi organizarea locală a nervilor senzoriali, apoi fiziologia acului, apoi modul în care aceste informații pot fi utilizate pentru a ghida practica clinică. Vom fi apoi în măsură să discutăm despre baza rațională a tehnicilor de folosire a acului.

Avem chinezilor să le mulțumim pentru primele investigații științifice ale puncției acu și descoperirea că acupunctura funcționează prin sistemul nervos. Un experiment crucial din primele zile ale cercetării acupuncturii a arătat că acele de acupunctură nu aveau efect dacă erau introduse într-o zonă care a fost anesteziată prin injectarea unui anestezic local (Chiang et al 1973). Un alt studiu a arătat că acupunctura generează potențiale de acțiune nervoasă care pot fi detectate în trunchiurile nervoase care se îndepărtează de zona tratată (Wang et al 1985). Această muncă de pionierat ne lasă fără îndoială că acupunctura stimulează nervii.

Sensory nerves

Principalii nervi senzitivi care se găsesc în piele și mușchi sunt prezentați în Tabelul 3.1. Dovezile sugerează cu tărie că efectele clinice ale acupuncturii implică în principal fibrele nervoase mielinice mici: în piele, acestea sunt fibrele A S , iar în mușchi sunt nervii de tip II/III din mușchi. Termenul „A S ” este mai captivant decât „tip II/III”, așa că, pur și simplu pentru comoditate, ne vom referi la aceste mici fibre mielinizate ca fibre „A S ” în această carte, chiar dacă cea mai mare parte a acupuncturii stimulează probabil fibrele de tip II/III din mușchi. Terminațiile nervoase libere ale acestor mici fibre mielinice sunt organizate în rețele largi, așa cum arătăm schematic în Figura 3.1.

Acupunctura stimulează micile fibre mielinice (numite A S) din piele și mușchi.

Fiziologia acupuncturii locale

Senzatie de ac: de *qi*

Acele de acupunctură pot produce o senzație de ac pe care chinezii o numeau *de qi* . Această senzație a fost descrisă în mod tradițional ca având patru componente (Lu & Needham 1980):

1. Amorţeală
2. Distensie/extensie/plinătate
3. Greutate
4. Durere acru „ca o senzație de oboseală musculară”.

TABELUL 3.1

Clasificarea principalelor fibre nervoase senzitive din piele și mușchi

Tipul fibrei	În piele	În mușchi	Final	Senzaţie
Mielinizată mare	-	eu	fusul muscular - primar	Nici unul
Mielinizată mare	A **b**	II	Terminații încapsulate și libere	Atingere ușoară, presiune, vibrație
Mielinizată medie	A **g**	II	Axul muscular - terminații secundare, încapsulate	Amorţeală
Mielinizate mici	A **S**	III	Terminații gratuite	Presiune profundă, greutate în mușchi, înțepătură în piele, frig
Mici nemielinice	C	IV	Terminații gratuite	Durere, mâncărime, căldură; calm [a]

[a] Stimularea unor fibre mici nemielinice induce calm, cu puțină conștientizare corticală.

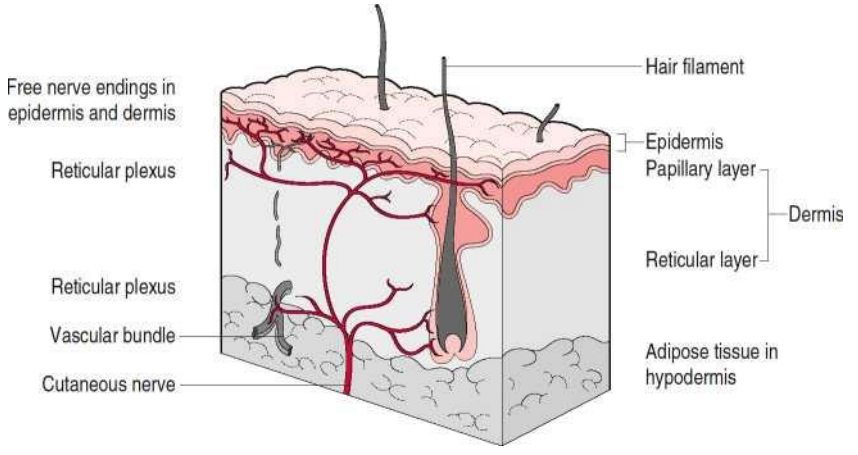


Figura 3.1 Ilustrare schematică a aranjamentului nervilor senzitivi în piele. Stimularea oricărei părți a nervului afectează întreaga rețea locală.

Pacienții descriu, de asemenea, senzațiile de presiune, furnicături, căldură sau frig și răspândirea sau radiația senzațiilor (Hui et al 2000, Vincent et al 1989). Aceste senzații *de qi* pot fi, de obicei, identificate separat de senzațiile de a fi pur și simplu înțepat cu un ac - ascuțire sau durere. Pacienții pot simți oricare, sau ambele, dar senzația *de qi* este caracteristică punctiei acu , și un semn că nervul a fost stimulat cu succes.

Studiile de conducere nervoasă au arătat că apariția de qi este însoțită de potențiale de acțiune care se deplasează la viteză și au aspectul formei de undă, tipic stimulării fibrelor A S (Wang et al 1985). În plus, senzația dureroasă și grea de *de qi* este comparabilă cu durerea musculară profundă după exercițiu (Andersson & Lundeberg 1995) care apare din stimularea terminațiilor libere ale fibrelor de tip II/III.

Apariția senzației de qi a fost interpretată în TCM ca indicând „adunarea qi-ului", evenimentul care este necesar pentru a produce un răspuns. Acest lucru nu este atât de departe de interpretarea noastră conform conceptelor medicale occidentale actuale - de qi este luat ca un indiciu că nervii drepti sunt stimulați.

Mai degrabă confuz, termenul de qi este, de asemenea, folosit pentru a descrie senzația de care practicantul devine conștient atunci când țesuturile par să apuce acul de acupunctură în timp ce acesta este rotit înainte și înapoi în punct, deși acest lucru este mai puțin probabil când se utilizează ace moderne extrem de lustruite.

Eliberarea locală de neuropeptide

Acul de acupunctură stimulează terminațiile nervoase libere pentru a produce potențiale de acțiune care se răspândesc local în jurul rețelei sau „reticulului" nervilor (vezi Fig. 3.1) în ceea ce este cunoscut sub numele de *reflex axonal* . Acest lucru stimulează eliberarea mai multor neuropeptide care provoacă vasodilatație și o creștere a fluxului sanguin local.

O neuropeptidă particulară care a fost studiată în legătură cu acupunctura este peptida legată de gena calcitoninei (CGRP) (Dawidson et al 1998); altele includ factorul de creștere a nervilor (NGF), peptida activă vasointestinală (VIP) și neuropeptida Y. CGRP este un constituent normal al nervului senzitiv, fiind sintetizat în ganglionul rădăcinii dorsale și transportat la periferie (adică în sens invers transmisiei nervoase). Una dintre funcțiile sale la periferie este nutrițională: favorizează vasodilatația și formarea de noi vase de sânge, facilitând astfel repararea după leziune.

Acupunctura îmbunătățește fluxul sanguin local și promovează vindecarea.

Există adesea o oarecare roșeață a pielii din jurul acului de acupunctură în timpul sau după tratament, în special pe trunchi; un semn al eliberării de neuropeptide vasoactive, inclusiv CGRP și histamina. Uneori apare și extravazarea lichidelor și se poate observa o ușurare, care este similară cu cea observată ca urmare a eliberării histaminei (Planca 4). Pacientul poate simți mâncărime.

Experimentele au arătat că fluxul de sânge în piele și mușchi ai voluntarilor sănătoși crește de îndată ce un ac este introdus în piele și crește mai mult atunci când acul este avansat în mușchiul subiacent și crește și mai mult atunci când acul este stimulat și provocat *de qi* (Sandberg et al 2003).

Eliberarea locală de neuropeptide prin acupunctură poate influența alte structuri din vecinătate. De exemplu, punctele de acupunctură de pe față pot afecta activitatea glandelor salivare. Pacienții cu gură uscată din cauza xerostomiei post-iradiere au înregistrat o creștere a producției de salivă după acupunctură în punctele locale din jurul glandelor salivare (Blom et al 1993).

Alte posibile mecanisme locale

Stimularea directă a terminațiilor nervoase poate să nu fie întreaga poveste și un grup de cercetare în special investighează modificările țesutului conjunctiv cauzate de stimularea mecanică prin rotația unui ac de acupunctură și sugerează că transducția mecanică ar putea fi un mecanism semnificativ pentru acupunctură (Langevin et al 2006).

Aplicație clinică

Pentru această formă de acupunctură cea mai de bază, introduceți pur și simplu câteva ace în apropierea zonei în care ar fi benefică o creștere a circulației, de exemplu în jurul unei leziuni ale țesuturilor moi care se vindecă lent sau aproape de o glanda sali variată insuficientă. Acele trebuie introduse în pielea sănătoasă, cu o aprovizionare nervoasă intactă. Acupunctura locală este folosită și pentru leziunile cutanate locale și zonele în care circulația este compromisă. Poate fi convenabil să înconjurați zona cu un inel de ace la o distanță de aproximativ 2,5 cm (deoarece reflexul axonal acoperă o rază de 25 mm). Acest tratament era cunoscut în mod pitoresc de către chinezi ca „împrejmuire în dragon” (vezi Fig. 3.2).

Introduceți acele numai în pielea sănătoasă, cu nervii intacte.

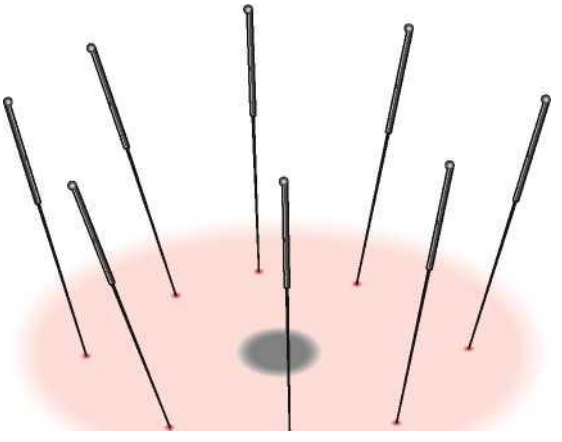


Figura 3.2 Ace care înconjoară o leziune locală a pielii, cunoscută sub numele de „împrejmuire în dragon".

S-a sugerat că reflexele axonale pot funcționa pe distanțe mult mai lungi și că acest lucru se poate dovedi să explice unele dintre efectele îndepărtate ale tratamentului cu acupunctură, care sunt altfel greu de explicat (Carlsson 2002).

Putem expune acum câteva principii, bazate pe fiziologia cunoscută a acupuncturii, pentru

2.5

a răspunde la cele două întrebări de bază pe care fiecare acupuncturist trebuie să le cunoască și care ne vor ocupa pe tot parcursul acestei cărți: Unde trebuie plasat acul și cum ar trebui să fie stimulat?. Nu există un singur răspuns la aceste întrebări; totul depinde de ce mecanism trebuie activat pentru fiecare situație clinică.

Unde se pune acul?

Efectele locale pot fi obținute prin acționare aproape oriunde, dar există și în tot corpul anumite locuri care au ajuns să fie considerate ca fiind deosebit de eficiente, clasicele „puncte de acupunctură".

Puncte de acupunctură

Punctele de acupunctură sunt o caracteristică destul de evidentă și binecunoscută a acupuncturii . Ele sunt de obicei considerate ca site-urile recunoscute care sunt descrise în cărți și pe hărți anatomice. Potrivit unor surse autorizate, există 361 de puncte, majoritatea aranjate în „meridiane", care pot fi văzute pe diagrame (Academia de Medicină Tradițională Chineză 1975). Toate acestea dau impresia că punctele de acupunctură sunt locații precise, fixe, cu care toată lumea este de acord, dar acest lucru este de fapt departe de a fi adevărat. Studenții la acupunctură care tocmai au fost pregătiți la facultate nu sunt de acord unde sunt punctele. Chiar și cel

lectori cu experiență în acupunctură care au predat unul dintre autori la un colegiu recunoscut nu au fost de acord cu privire la locația precisă a unor puncte. Nu există niciun test obiectiv pentru puncte, cum ar fi schimbarea temperaturii sau rezistența electrică a pielii. Cercetările considerabile asupra punctelor de acupunctură nu au arătat practic nicio caracteristică de identificare specială. Cu siguranță nu există un receptor unic sau altă structură pentru activarea acului de acupunctură.

Locația exactă a „punctelor de acupunctură" nu este la fel de sigură pe cât sugerează experții.

Abordarea noastră este aceasta. Considerăm că este util pentru acupuncturi să învețe o serie de puncte clasice, din mai multe motive: punctele de acupunctură sunt locații convenabile în care este de obicei ușor să obții o senzație bună *de qi ;* unele puncte apar în mod repetat în formulele pentru tratarea unei varietăți mari de afecțiuni, probabil pentru că au efecte mai degrabă generale, neurologice - le numim puncte „mare"; iar alte puncte sunt utile deoarece sunt folosite pentru a trata afecțiunile comune. În plus, numele punctelor de acupunctură oferă un mod rezonabil de consecvent de a raporta locul în care ați introdus acul, atât pentru păstrarea unei evidențe, cât și pentru raportarea în lucrări sau pentru a discuta cu alți practicieni.

Cu toate acestea, nu credem că acupuncturiștii medicali occidentali trebuie să se îngrijoreze prea mult cu privire la locația precisă a acestor puncte la cel mai apropiat milimetru. Aflați locația aspră, apoi folosiți vârful degetului ca ghid pentru a introduce acul. Practicienii experimentați ai acupuncturii medicale occidentale descoperă, în general, că folosesc un număr limitat de puncte clasice, punctele majore, din nou și din nou, precum și multe alte puncte nenumite care, dintr-un motiv sau altul - de obicei pentru că sunt sensibile - par potrivite pentru pacienții lor.

Un număr mic de puncte majore pot fi utilizate în formulele clasice pentru tratarea multor afecțiuni diferite.

Sistemul de numerotare a punctelor de acupunctură

Vom continua să folosim numerotarea clasică pentru punctele de acupunctură pur și simplu pentru că nu există o altă schemă acceptată. Pe diagramă, fiecare punct se află pe un „meridian" (care, după cum vă imaginați, nu este o structură fizică, așa cum vom discuta mai târziu) și acesta este de obicei numit după un organ al corpului, cum ar fi ficatul sau vezica biliară. Toate punctele de pe fiecare meridian sunt numerotate în ordine, dar, în mod incomod , meridianele nu sunt numerotate toate în aceeași direcție! Deci, abrevierea standard pentru un punct constă din două litere mari, de exemplu LU, LI, ST și un număr. Literele reprezintă Plămân, Intestin Gros și, respectiv, Stomac, astfel încât punctele tipice sunt etichetate LU7, LI4, ST36 (vezi Tabelele 16.6 și 16.7 la pag. 218 pentru lista completă). Aceasta este nomenclatura care a fost stabilită prin convenția internațională și pe care o vom folosi pe parcursul acestei cărți. Din păcate, alte sisteme de nomenclatură încă supraviețuiesc.

Numele meridianelor nu au nimic de-a face cu organul intern real, din câte se știe. În textul scris, este ușor de făcut distincția între

„Ficat” ca meridian și „ficat” ca organ. Dar când vorbesc cu pacienții, aceștia sunt în mod natural foarte interesați când te aud spunând că vei trata „Ficat 3” sau „Veziica biliară 34”, de exemplu. Ei pot chiar tinde să presupună că este ceva în neregulă cu ficatul sau vezica biliară reală și au nevoie de o explicație.

În mod enervant, unele puncte care sunt destul de utile astăzi au fost introduse abia după mult timp după ce diagramele originale au fost definite și, prin urmare, au trebuit să fie etichetate drept „Puncte suplimentare”. Acestea sunt de obicei menționate prin numele lor pinyin, fără niciun număr . Vom găsi un exemplu în acest sens, cu două puncte utile pe față *(Yintang* și *Taiyang),* precum și o linie întreagă de puncte apropiate de coloana vertebrală racică și lombară, punctele *Huatuojiaji* (pronunțate „hwa-două-oh-cha-chi”).

Și mai enervant, există diferite versiuni ale secvenței de numere într-un singur meridian, vezica urinară (BL). Un sistem numere până la genunchi înainte de a reveni în partea de sus a spatelui și de a coborî din nou; celălalt sistem ajunge la sacrum apoi se întoarce în sus înainte de a coborî din nou. Ambele sisteme folosesc aceeași numerotare sub genunchi.

Numerotarea clasică a punctelor de acupunctură este o convenție convenabilă.

Stimularea cu ac: „doza” de acupunctură

Cantitatea totală de stimulare pe care o dați pacientului poate fi mai semnificativă decât locația exactă în care este administrată. Aceasta este „doza” de acupunctură și depinde de mai mulți factori, cum ar fi numărul de puncte tratate la un moment dat, adâncimea pungii și puterea stimulării. Deoarece au fost atât de puține cercetări asupra acestor diferiți factori, încă nu suntem siguri de contribuția pe care o aduce fiecare dintre ei la doza totală a unui tratament. Cu toate acestea, din punct de vedere empiric, este important să putem varia doza pentru a se potrivi pacientului și afecțiunii și vom reveni în mod repetat la acest subiect pe parcursul cărții. Aici vom rezuma principalii factori și apoi modul în care aceștia pot fi combinați în ceea ce am putea considera un tratament „standard” pentru puncție acu.

Numărul de ace

Doza adecvată de acupunctură poate necesita inserarea unui singur ac sau până la aproximativ 20. Cu toate acestea, ca regulă generală, vă recomandăm să folosiți până la aproximativ patru sau șase ace pentru tratamentul inițial, pentru a observa răspunsul. Acest lucru se datorează faptului că unii pacienți par foarte sensibili la acupunctură.

Grosimea acelor

Experiența clinică pare să susțină conceptul intuitiv conform căruia ace mai groase - (diametrul mai mare al arborelui) oferă o stimulare mai puternică, ceea ce poate

pur și simplu se datorează faptului că sunt mai rigide și exercită mai multă presiune atunci când sunt manipulate.

Adâncimea de inserare

Vom lua în considerare acul în mușchi ca tehnică standard în scopul acestei cărți; chiar dacă mulți acupunctori doar acționează pielea și țesuturile subcutanate. De exemplu, acupuncturiștii japonezi folosesc acul superficial pentru multe afecțiuni și unii acupuncturi medicali preferă în general să folosească acul superficial pentru punctele de declanșare miofasciale (Baldry 2005b, Macdonald 1982). Discutăm despre asta din nou mai târziu în carte. Poate fi mai puțin ușor să se realizeze fenomenul *de qi în plină* experiență cu acul superficial, deși nu există nicio îndoială că pot apărea unele senzații.

Manipularea acului pentru a provoca de *qi*

Senzația *de qi* poate apărea spontan după ce acul a fost introdus, dar de obicei acupuncturistul trebuie să o provoace activ prin stimularea acului . În general, este suficient să rotiți acul între deget și degetul mare, dar poate fi necesar să includeți și o mișcare în sus și în jos, numită uneori ciugulirea vrăbiilor (Fig. 3.3). În acest fel, acul ajunge la suficienți nervi pentru a genera de qi. Destul de des, acupuncturistul va simți o încordare a țesuturilor aproximativ în același timp în care pacientul experimentează *de qi* .

Experiența clinică sugerează că pacienții care simt *de qi* au mai multe șanse să răspundă la tratament.

Un lucru este clar: nu este nevoie să tratezi atât de energic încât fibrele C să fie stimulate. Acupunctura poate fi eficientă fără a fi neplăcută sau adversă . Trebuie să recunoaștem că unii acupunctori chinezi își tratează cu fermitate pacienții, dar până când nu există dovezi clare că acest lucru este necesar și pentru ce pacienți și în ce condiții, acupuncturii ar trebui să evite stimularea dureroasă. După cum vom discuta mai târziu, dacă un pacient are nevoie de o stimulare mai puternică, atunci este mult de preferat să folosească stimularea electrică decât să manipuleze acele cu foarte multă forță.

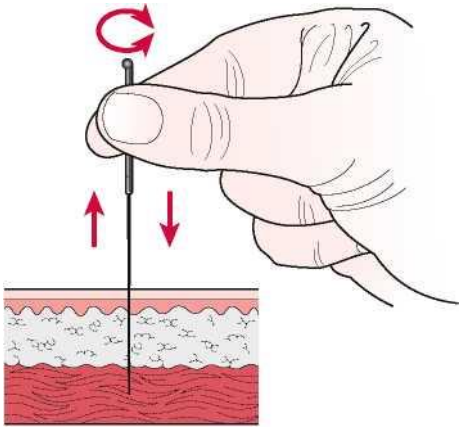


Figura 3.3 Două metode de manipulare a unui ac pentru a determina *de qi* .

Acupunctura nu trebuie să fie dureroasă.

Timp de retenție a acului

Pentru majoritatea afecțiunilor, acul trebuie lăsat pe loc timp de 10 până la 20 de minute, dar acest lucru poate fi variat în funcție de răspunsul pacientului. Unii acupuncturiști descoperă că pot obține rezultate cu acul în doar 30 de secunde. La cealaltă extremă, acele pot fi lăsate timp de 1 oră sau mai mult, de exemplu pentru a reduce durerea în perioada postoperatorie. Pentru mulți pacienți, probabil că nu există o mare diferență între efectele reținerii acelor timp de câteva minute în comparație cu o jumătate de oră.

Doza standard de tratament

Un tratament standard este descris în Tabelul 3.2. Fiecare dintre variabile poate fi ajustată pentru a ține cont de starea medicală a pacientului, starea fizică generală, răspunsurile imediate în timpul pungii și (în tratamentele ulterioare) modificările raportate în orele și zilele următoare pungirii.

Sunt necesare grija si indemanare pentru a da doza potrivita de acupunctura.

Rezumat

Acest capitol descrie mecanismele acupuncturii atunci când este utilizată pentru a trata afecțiunile locale. Acupunctura își realizează multe dintre acțiunile sale prin stimularea fibrelor A5 , în special în mușchi. Acest lucru produce o senzație de durere surdă cunoscută sub numele de *de qi* .

Acupunctura stimulează un reflex axonal în rețeaua terminală a fibrelor A 5 , ceea ce duce la eliberarea locală a mai multor substanțe. gena calcitoninei-

TABELUL 3.2
Doza standard de acupunctură pentru tratament local

Variabilă	Tipic pentru tratamentul standard
Puncte	intervale de 2,5 cm în jurul zonei
Numărul de ace	Între 1 și aproximativ 8
Adâncimea de inserare	Superficial pentru leziuni ale pielii
Stimularea cu ac	Stimulare manuală, o dată după inserare
Răspuns obținut	de qi
Timp de retenție a acului	10 minute

peptida înrudită (CGRP) este cea mai bine studiată și este cunoscută că îmbunătățește fluxul sanguin la nivel local și, astfel, promovează vindecarea. Acest efect poate fi utilizat pentru a trata local

leziuni ale pielii sau pentru a îmbunătăți funcția glandelor.

Tratamentul cu acupunctură implică decizii cu privire la locul în care se introduce acul și ce doză să se administreze. Punctele de acupunctură nu sunt locații precis convenite, 2 dar sunt de obicei locuri bune pentru a obține *qi* -ul, iar utilizarea lor poate economisi timp. în practică. Doza, sau puterea stimulării, depinde de numărul de ace, adâncimea de inserare, manipularea pentru a determina *de qi* și timpul de retenție a acului. Pentru majoritatea afecțiunilor este probabil mai important să se administreze doza potrivită de stimulare prin acupunctură decât să selecteze exact punctul potrivit.

CAPITOL

Mecanisme neurologice II: analgezie segmentară

Cuprins

Introducere	*TJ*
Aferente somatice: anatomie și fiziologie	28
Fiziologia acupuncturii segmentare	30
Aplicarea clinică a analgeziei segmentare	31
Acupunctura segmentară pentru afecțiuni viscerale	32
Aferente viscerale: anatomie și fiziologie	33
Efectele autonome ale acupuncturii	35
Aplicație clinică în condiții viscerale	36
Rezumat	3J

După ce ați citit acest capitol, ar trebui să puteți:

- rezuma efectul acupuncturii în cornul dorsal
- enunțați principiul analgeziei segmentare
- menționați trei locuri în care puteți alege puncte pentru a trata disfuncția vezicii urinare și explicați motivele.

Introducere

Ultimul capitol a discutat despre cel mai simplu dintre toate tratamentele, acul local. Acest capitol tratează următorul pas, tratamentul unei zone precum o articulație dureroasă. Acest lucru implică de obicei introducerea câtorva ace în jurul articulației și, probabil, încă unul sau două mai departe de-a lungul membrului, stimulându-le prin răsucirea lor între degete timp de aproximativ 1 minut și apoi lăsându-le în poziție timp de cel puțin 10 minute. Acesta se numeste tratament *segmentar* deoarece actioneaza la nivelul segmentului spinal.

Acest capitol se concentrează pe mecanismul acupuncturii în măduva spinării, în special pe cornul dorsal. În primul rând, se ocupă de acupunctura și nervii din structurile *somatice* (în principiu, musculo-scheletice) și apoi

descrie efectele acupuncturii asupra nervilor autonomi care inervează viscerele sau organele *interne* . Mecanismele sunt practic similare, dar organizarea sistemului autonom înseamnă că abordarea cu tratamentul cu acupunctură trebuie să fie ușor modificată.

Z 2 În capitolul următor, reproducem o diagramă care rezumă mecanisme de acțiune ale analgeziei acupuncturii, precum și transcutanată stimularea electrică a nervilor (TENS) și analgezia prin stimularea coloanei dorsale, în diferite locuri ale sistemului nervos. Această diagramă detaliată se dorește a fi o sursă de referință pentru cititor atunci când studiază atât acest capitol, cât și cel următor, care discută despre mecanismele acupuncturii mai sus în sistemul nervos, adică în trunchiul cerebral și creierul însuși.

Aferente somatice: anatomie și fiziologie

Căi nervoase aferente: nervi mici nemielinizați și mielinizați

Nervii aferenti patrund in cornul dorsal al maduvei spinarii. Aici vedem primele diferențe între căile nervilor implicați în durere (fibrele mici nemielinice sau C) și cele care se referă la acupunctură, fibrele A S , așa cum este ilustrat în Figura 4.1 . Rețineți că folosim termenul „A S ” pentru a include atât fibrele adevărate A S din piele, cât și fibrele de tip II/III din mușchi, pe care acele de acupunctură le stimulează.

Ambele tipuri de fibre se proiectează pe o anumită formă de celulă *de transmisie* în cornul dorsal - fibrele nemielinice printr-un lanț scurt de substanță.

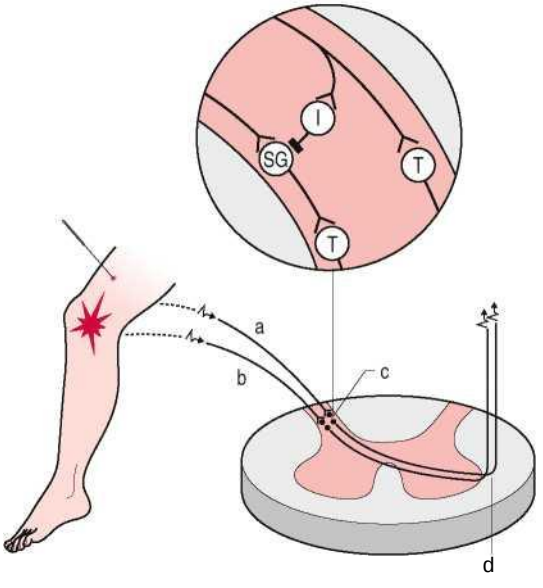


Figura 4.1 Secțiunea măduvei spinării, care arată proiecțiile (a) stimulului de acupunctură (nervul mieliniz) și (b) stimulului nociv (nervul nemielinizat) către cornul dorsal (c). Calea continuă în sus anterolateral (d). Secțiunea mărită a lui C arată cum stimulul acupuncturii poate deprima răspunsul celulei substanței gelatinoase, ducând la inhibarea durerii. Cheie: SG = celula substantia gelatinosa; T = celula de transmisie; I = celulă intermediară; + = facilitarea;
— = inhibiție.

gelatinosa (SG) cells, and the myelinated fibres directly. The myelinated fibres also make collateral connections to small cells called *intermediate* cells, which have one particularly important property, crucial for acupuncture - they inhibit the activity of the SG cells.

The axons from the transmission cells cross to the opposite side of the spi
nal cord (to the anterolateral tract, also called the spinothalamic tract) and X
project up to the reticular formation in the *brainstem,* as shown in Figure 4.2. G

De aici își au originea efectele extrasegmentare ale acupuncturii, așa cum este descris în capitolul următor.

Din trunchiul cerebral, multe fibre se proiectează apoi asupra celulelor din *mijlocul creierului* și *talamus* - care sunt strâns implicate în efectele regulatoare centrale ale acupuncturii, așa cum este descris în capitolul 6.

Din talamus, axonii se proiectează către ambii:

- Cortexul somatosenzorial, care înregistrează aspectul *senzorial* al durerii - localizarea, durata și severitatea acesteia
- Sistemul *limbic* , care se ocupă de procesarea inconștientă a durerii. Acesta are diverse părți componente, una dintre cele mai importante fiind *cortexul cingulat anterior* (ACC), care înregistrează componenta *afectivă* a durerii - neplăcutul sau impactul psihologic al acesteia.

Descrierea de mai sus este oarecum simplificată, dar adecvată scopurilor noastre. Este important să recunoaștem că ambele căi ascendente fac, de asemenea, un număr mare de conexiuni încrucișate cu alți centri din sistemul nervos central.

Percepția durerii

Conform teoriei istorice a percepției durerii, dezvoltată inițial de Sherington, a existat o relație fixă între severitatea unei

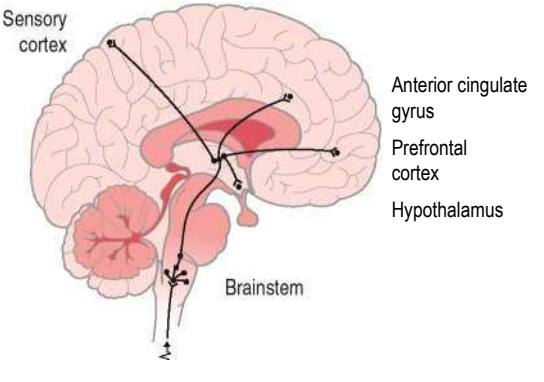


Figura 4.2 Vedere schematică a sistemului nervos central (secțiunea sagitală) care arată căile centrale ale aferentelor senzoriale. Ei proiectează mai întâi spre trunchiul cerebral, unde activează controlul inhibitor descendent al durerii; apoi se proiectează spre talamus, de unde căile călătoresc atât către cortexul senzorial, cât și către diferite părți ale sistemului limbic (inclusiv cortexul cingulat anterior, cortexul prefrontal, hipotalamus și alte centre). Acționarea diferită a fibrelor A S și C activează diferitele regiuni țintă ale creierului în mod diferențial.

leziunea și durerea rezultată: teoria susținea că, dacă leziunea ar fi suficientă pentru a stimula fibrele dureroase, atunci cortexul creierului ar fi activat automat și persoana ar simți durere proporțională cu trauma.

A devenit clar că relația dintre gradul traumei și severitatea durerii este departe de a fi fixă și depinde foarte mult de starea sistemului nervos la momentul respectiv. Percepția durerii de la o anumită leziune poate fi redusă sau crescută:

- Inhibarea: uneori, chiar și leziunea majoră a țesuturilor nu provoacă durere; de exemplu, la persoanele care sunt grav rănite în luptă. Această capacitate a corpului de a suprima durerea este ceva care ne interesează cu acupunctura.
- Sensibilizare: uneori un stimul minor poate provoca dureri severe pentru că sistemul nervos răspunde într-un mod exagerat; acest lucru este discutat în capitolul 6.

Acum recunoaștem că un stimul traumatic pe care l-am putea considera „dureros" ar putea să nu provoace de fapt senzația de durere. Prin urmare, este mai corect să ne referim la stimul ca fiind „nociv" mai degrabă decât „dureros". Ceea ce înainte era numit calea durerii este acum calea nociceptivă, adică capabilă să perceapă stimuli nocivi.

Un stimul nociv este unul care poate deteriora țesutul; dacă se înregistrează ca dureroasă sau nu depinde de starea sistemului nervos.

Fiziologia acupuncturii segmentare

Acele de acupunctură stimulează nervii mici mielinizați („A S ") din mușchi și piele; acestea activează micile celule intermediare din cornul dorsal, prin intermediul terminalelor colaterale. Celulele intermediare eliberează neuromodulator *encefalina* , care blochează transmiterea durerii în celulele substanței gelatinoase, parte a căii nociceptive (din fibrele C nemielinice). Efectul encefalinei poate fi detectat ca o depresie generalizată a activității cornului dorsal (Sandkuhler 2000). Efectul este cunoscut sub denumirea de „analgie segmentară " și durează câteva minute pentru a se dezvolta, dar apoi durează mai mult decât durata stimulării prin acupunctură, poate chiar dura câteva zile.

Analgezie segmentară - inhibarea căii nociceptive la aproximativ același nivel spinal în cornul dorsal.

Rețineți, pentru comparație, că analgezia segmentară poate fi produsă și prin vibrație și un echivalent electric, stimularea nervoasă electrică transcutanată (TENS). Acestea stimulează fibrele mari mielinice (A b), care intră în coloana dorsală a măduvei spinării. La fel ca fibrele A S , fibrele A b au, de asemenea, colaterale care inhibă transmiterea stimulilor nociceptivi - dar în acest caz, prin eliberarea de acid g -aminobutiric (GABA), mai degrabă decât

met-encefalina. Aceasta este baza teoriei de control al porții a lui Melzack și Wall așa cum a fost descrisă inițial (Melzack & Wall 1965).

Aplicarea clinică a analgeziei segmentare

Analgezia segmentară cu acupunctură se poate realiza pur și simplu prin stimularea nervilor din același segment spinal ca originea durerii.

Luați în considerare un pacient cu dureri cronice de genunchi din cauza osteoartritei. Stimulii nocivi din zonele sensibile la durere (probabil sinoviale, atașamentele capsulei articulare și osul subcondral) călătoresc în micile fibre C nemielinice în cornul dorsal, în principal la nivelurile L3/L4 și L5/S1. (Aceasta urmează regula generală: articulațiile sunt inervate de aceleași segmente care alimentează mușchii care acționează asupra lor.) Acele de acupunctură plasate în vastul medial (L2-4) și tibialis anterior (L4-5) vor acoperi frumos segmentele corespunzătoare și nu este o coincidență că există bine cunoscute puncte de acupunctură tradițională în ambii acești mușchi. Ele sunt numite SP10 (Spleen 10) și, respectiv, ST36 (Stomach 36).

Segmentul spinal care furnizează o articulație furnizează și mușchii care acționează asupra acesteia.

Atingerea acelor mușchi suprimă durerea în articulație.

Uneori punctele segmentare relevante pot fi la o oarecare distanță de problemă, dar adesea sunt foarte apropiate. Dar efectul lor local, așa cum am descris în ultimul capitol? Un ac în apropierea unei zone de patologie va avea atât efecte locale, cât și analgezie segmentară - cu atât mai mult motiv pentru a-l introduce acolo.

Acele locale pot avea efecte locale și segmentare.

În practică, o anumită analgezie poate fi obținută și prin stimularea nervilor din segmentele adiacente, deoarece fiecare nerv aferent influențează de fapt mai mult de un segment din măduva spinării. Prin urmare, adăugarea mai multor ace în segmentele adiacente este cea mai bună modalitate de a crește stimularea segmentului și de a crește ameliorarea durerii. De exemplu, alte puncte de acupunctură clasică din jurul genunchiului sunt inervate de aceleași segmente spinale sau adiacente și sunt adesea incluse în tratamentul durerii de genunchi. Aceste puncte sunt adesea pe aceleași meridiane ca și punctele din jurul genunchiului, ceea ce duce la conceptul tradițional de acupunctură chinezească de tratament folosind „puncte într-o linie” - adică puncte distale de pe meridianul care traversează articulația.

Acele trebuie reținute suficient de mult pentru a elibera encefalina din celulele intermediare. O doză standard tipică de acupunctură pentru gezia anală segmentară este prezentată în Tabelul 4.1 .

Analgezia segmentară poate avea efecte secundare care pot duce la o oarecare îmbunătățire a stării, nu doar la ameliorarea durerii. Analgezia va inversa orice creștere a tonusului muscular, încurajând astfel mobilizarea, care la rândul său

TABLE 4.1

Standard dose of acupuncture for segmentaltreatment

Variable	Typical for standard treatment
Points	Classical or tender points in same segment
Number of needles	Typically three to six
Depth of insertion	Intramuscular
Needle stimulation	Manual stimulation, possibly electroacupuncture
Response elicited	de qi
Needle retention time	10-20 minutes

îmbunătățește fluxul sanguin și vindecarea. Analgezia prin acupunctură poate îmbunătăți, de asemenea, situația prin reducerea inflamației neurogene legate de durere.

Analgezia dispare treptat în câteva zile, dar poate fi întărită prin repetarea acupuncturii, iar beneficiile se acumulează pe parcursul unui curs de tratament. În acest fel, chiar și durerea cronică poate răspunde la acupunctură.

Analgezia segmentară poate reduce orice creștere a tonusului muscular, îmbunătățind mobilitatea și ameliorarea durerii.

Electroacupunctura

O altă modalitate de a crește puterea stimulării este utilizarea *electroacupuncturii* (EA) - care implică trecerea unui curent electric mic prin ace. Deoarece nu este esențial să cunoaștem despre EA atunci când începeți să practicați acupunctura și din moment ce implică aspecte de natură tehnică, nu o vom introduce ca tehnică de tratament în aceste capitole teoretice timpurii. Este descrisă în detaliu în capitolul despre tehnici eficiente de folosire cu ac (Capitolul 12).

Acupunctură segmentară pentru afecțiuni viscerale

Tocmai am văzut că acupunctura reduce percepția durerii acționând asupra nervilor din structurile musculo-scheletice. Acestea sunt aferente somatice, dar efectul acupuncturii nu se limitează la aferentele somatice, ci reduce și răspunsul cornului dorsal la orice informație nociceptivă care ajunge acolo. Deci acupunctura poate inhiba stimulii nociceptivi din structurile viscerale precum intestinul, vezica urinara si uterul. Luând în considerare modul de abordare a tratării problemelor viscerale prin acupunctură, trebuie să ne modificăm gândirea despre analgezia segmentară în două moduri:

I. Problema locației acului: în timp ce este ușor să plasați un ac aproape de o articulație dureroasă, nu este ușor să îl plasați aproape de un organ intern. Trebuie să găsim o abordare indirectă.

2. Existența reflexelor autonome: reflexele autonome nu sunt ceva la care trebuie să ne gândim foarte mult cu structurile somatice. Dar durerea viscerală invocă reflexe puternice, de obicei sub formă de spasm muscular neted. Poate acupunctura să aibă vreun efect asupra acestor reflexe?

Aferente viscerale: anatomie și fiziologie

Nervii aferenți din *viscere* circulă în nervii autonomi, dar în alte moduri sunt asemănători nervilor somatici, ajungând la substanța gelatinoasă a cornului dorsal. În linii mari, fibrele aferente din, de exemplu, peretele tractului gastrointestinal (GI) însoțesc nervii simpatici și se termină la segmentele T5 până la L1. Unele fibre aferente din pereții intestinului inferior, vezicii urinare și alte structuri pelvine însoțesc plexul pelvin (nervii parasimpatici) și se termină la segmentele sacrale (S2-4).

După ce ajung la cornul dorsal, aceste aferente se proiectează în două direcții: în primul rând, în sus, spre centrul autonom din mezencefal și, în al doilea rând, în interiorul măduvei spinării, pe corpul celular al *eferentelor autonome* către organ, care este baza reflexului autonom. Aceste corpuri celulare sunt situate în cornul lateral al măduvei spinării, prezentat în Figura 4.3 . În cazul nervului vagal, corpurile celulare echivalente se află în nucleul vagal al medulului. Diferitele niveluri segmentare ale coloanei vertebrale ale diferitelor organe sunt prezentate în Tabelul 4.2 și din nou pentru referință în tabelele din Capitolul 16.

Activitatea corpurilor celulare autonome din cornul lateral este sub controlul atât al centrului autonom din hipotalamus, cât și al reflexelor segmentare din aferentele viscerale. Există dovezi că acupunctura poate influența ambele sisteme de control, dar aici ne interesează mecanismele din segmentul spinal.

În cele din urmă, există un alt grup de fibre aferente viscerale, din mucoasa mucoasei a intestinului și a vezicii urinare. Acestea însoțesc nervul vag până la nucleul tractului solitar din medular. Acest nucleu procesează informații de la mai mulți nervi cranieni, inclusiv gust; dar nu nociceptie. Se proiectează către hipotalamus și către centrii trunchiului cerebral, inclusiv centrii visceromotor și respirator. Este posibil ca acest sistem să fie implicat în relații fiziologice și psihologice generalizate între simțuri și intestin.

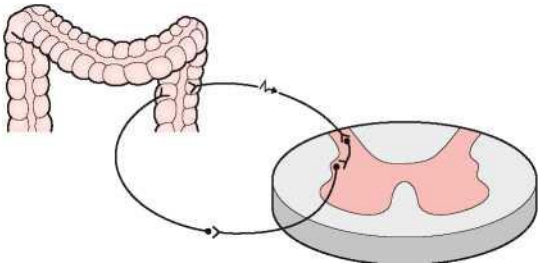


Figure 4.3 Cross section of spinal cord between T1 and L2 showing a visceralafferent nerve synapse in the dorsal horn and project on to the cell body of the autonomic efferent nerve in the lateral grey horn. Note the large amount of white matter (representing nerve fibres travelling longitudinally), indicating that this section is taken high in the thorax.

TABLE 4.2

Levels of autonomic innervation of the viscera

Viscera	Sympathetic	Parasympathetic
Heart	T1 to T5	> vagus
Lung and bronchi	T2 to T4	
Oesophagus (caudal part)	T5 to T6	
Stomach	T6 to T10	
Small intestine	T9 to T10	
Large intestine: to splenic flexure	T11 to L1	>
Large intestine: splenic flexure to rectum	L1 to L2	S2 to S4
Liver and gall bladder	T7 to T9	vagus
Testis and ovary	T10 to T12	nil
Urinary bladder	T11 to L2	S2 to S4
Uterus	T12 to L1	S2 to S4

Convergenţă

Fiecare corn dorsal primește aferente din viscere (cum ar fi intestinul) și din structurile somatice (pielea și mușchii peretelui abdominal). Aceste două căi aferente *converg* într-o singură cale la nivelul cornului dorsal, iar creierul primește un tip de semnal, indiferent dacă este de origine somatică sau viscerală. Prin urmare, durerea de la un organ abdominal este percepută ca izvorând în mușchii peretelui abdominal care au aceeași inervație segmentară. Acupunctorii pot exploata convergența pentru a influența organul prin acționarea mușchiului la același nivel segmentar (Fig. 4.4).

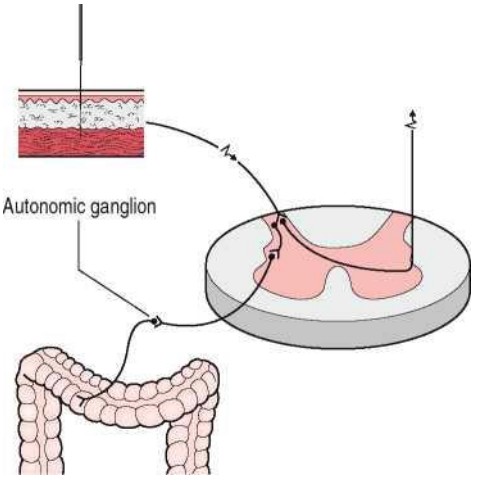


Figura 4.4 Vedere schematică a convergenței: o parte din peretele abdominal și viscerele sunt furnizate de același nivel de segment.

Relaţia dintre mușchi şi viscere este raportată că operează în ambele direcţii, numite, respectiv, reflexe somatoviscerale și viscerosomatice.

Pentru a înțelege cum să folosim aceste conexiuni reflexe în practica clinică, trebuie să divergem pe scurt în dezvoltarea embriologică a omului.

Nervii aferenti din muschi si organ converg in cornul dorsal.

Dezvoltarea segmentară a fătului

În primele etape de creștere a fătului uman, aranjamentul său segmentar este foarte evident. Dar pe măsură ce fătul se dezvoltă, multe dintre organe și alte structuri migrează. Își trag cu ei aprovizionarea nervoasă și astfel își mențin întotdeauna inervația segmentară inițială. Diferite țesuturi din fiecare segment, cum ar fi pielea, mușchii și viscerele, migrează adesea în direcții diferite. Prin urmare, la adult, țesuturile care sunt îndepărtate din punct de vedere anatomic pot fi inervate de același segment spinal. Conceptul de *„ -tome ”* a fost introdus pentru a indica structurile care au apărut la un singur nivel segmentar, așa cum se arată în Tabelul 4.3 .

Efectele autonome ale acupuncturii

Acupunctura are două tipuri de efecte asupra sistemului nervos autonom - pe termen scurt și pe termen lung - care sunt de obicei în direcția opusă. În momentul în care acele sunt introduse, ele evocă în general un răspuns simpatic puternic în segment. Acest lucru poate fi util din punct de vedere clinic: de exemplu, în atacurile acute de febră a fânului, acupunctura în punctele din apropiere poate deschide dramatic căile respiratorii nazale prin vasoconstricția mucoasei nazale, reducerea edemului și inhibarea secrețiilor mucoase care mușcă. Răspunsul pare să fie legat de puterea stimulării și poate continua pentru ceva timp după tratament.

Efectele simpatice pe termen lung ale acupuncturii sunt oarecum diferite. Deoarece acupunctura deprimă cornul dorsal, rezultatul este nu numai reducerea percepției durerii, ci și producerea blocării autonome prin întreruperea reflexelor autonome și reducerea spasmului muscular neted, de exemplu.

TABELUL 4.3
Terminologia „-tomurilor” și relevanța lor pentru acupuncturiștii medicali

Țesut	-tom	Relevanţă
Organ	Viscerotom	Esențial pentru a cunoaște originea segmentară a organului; atunci tratamentul poate fi îndreptat către acel segment
Piele	Dermatomul	Diagramele dermatomelor sunt deja bine cunoscute
Mușchii	Miotom	Utilizat în mod obișnuit, în acționarea profundă a mușchilor
Periost	Sclerotom	Zonele osoase accesibile cu ac

Așa cum efectul asupra durerii se acumulează pe parcursul mai multor ședințe, la fel și efectul asupra reflexelor autonome.

Acupunctura poate influența, de asemenea, activitatea autonomă prin efectul său asupra centrilor superiori, cum ar fi hipotalamusul, pe care îl descriem în capitolul 6.

Aplicație clinică în condiții viscerale

Acum avem o abordare rațională a utilizării acupuncturii pentru a trata o problemă viscerală. În primul rând, amintiți-vă că acupunctura poate trata simptomele, adică durerea și reflexele autonome, dar nu va schimba patologia subiacentă . Prin urmare, este important să cunoaștem diagnosticul pentru managementul corect de ansamblu al pacientului.

Atunci când alegeți un punct potrivit în care să tratați un organ țintă, identificați mai întâi la ce nivel segmentar este reprezentat organul (viscerotom) folosind Tabelul 4.2 . Găsește apoi un mușchi inervat de același segment (miotom) la care poți ajunge cu acul. Există trei grupuri de mușchi pe care le puteți folosi:

1. Mușchii peretelui abdominal: alegerea aici este simplă. Tratați acolo unde se simte durerea, deoarece acesta trebuie să fie segmentul potrivit. Acest lucru este valabil și în torace: tratați mușchii (cu excepția intercostalilor) unde se simte durerea.
2. Mușchii din regiunea paraspinală: alegerea aici necesită puțin mai multă gândire. Tratați mușchii paraspinali la *aproximativ* același nivel ca și procesul spinos relevant. În practică, mușchii paraspinali longitudinali migrează pe o anumită distanță caudal în timpul dezvoltării fetale, deși multifidii scurti din apropierea coloanei vertebrale nu o fac. Deci, pe acestea din urmă se poate baza că se situează la nivelul lor de origine. Descrierile de puncte relevante din Capitolul 16 oferă informații despre inervația mușchilor care stau la baza punctelor pe care este posibil să le utilizați.
3. Mușchii membrelor inferioare: alegerea aici necesită puțin mai multe informații. Miotomele punctelor periferice de acupunctură nu pot fi ghicite sau calculate - trebuie să cunoaștem alimentarea nervoasă a mușchiului de bază. Tabelul 4.4 prezintă inervația unor mușchi ai piciorului unde sunt situate punctele comune de acupunctură. Nu vă faceți griji dacă nu cunoașteți deja acești mușchi - vor fi ca vechii prieteni până când veți practica acupunctura de un an sau doi. Din nou, inervația acestor mușchi este prezentată în descrierile de puncte relevante din Capitolul 16.

TABELUL 4.4

Punctele de acupunctură utilizate în mod obișnuit în picior și inervația lor

Mușchi	Punctul de acupunctura	Miotom
Tibial anterior	ST36	L4/L5 (S1)
Primul interos dorsal (între haluce și al doilea deget de la picior)	LR3	S2/S3
Flexorul lung al degetelor	SP6	S1/S2

De exemplu, pentru a trata uterul (S2/S4), am putea alege să punem cu ac flexorul lung al degetelor, punctul cunoscut sub numele de SP6. Doza standard de tratament va fi aceeași cu cea prezentată în Tabelul 4.1 .

În tratarea organelor abdominale, există motive teoretice pentru a prefera inelul să folosească punctele de pe abdomen: în experimentele de laborator, răspunsul la stimularea abdomenului este mai puternic decât răspunsul la stimularea în altă parte.

Nu pare posibil, în starea noastră actuală a cunoștințelor, să folosim manipulări specifice ale acului în mod specific pentru a crește sau a reduce producția autonomă: acupunctura ar trebui, probabil, cel mai bine privită ca împingând răspunsul reflex în direcția normală.

Organele abdominale pot fi influențate prin tratarea punctelor din zona dureroasă a abdomenului.

Trebuie remarcat faptul că accesăm mai ales nervii simpatici. Nervul vag nu este accesibil acupuncturiștilor (cu excepția, probabil, în ureche, vezi capitolul 14), iar singurele parasimpatice accesibile sunt la nivelurile S2 până la S4: acestea sunt utilizate în principal pentru moderarea contracției mușchiului detrusor care golește vezica urinară.

Opțiune de ace superficială

În timp ce sugerăm că acul intramuscular este abordarea standard pentru obținerea efectelor autonome, alți acupuncturi medicali consideră că acul superficial este perfect adecvat pentru tratarea simptomelor abdominale. Pur și simplu aceștia la locul durerii.

Rezumat

Acupunctura stimulează fibrele A S , ale căror terminale colaterale inhibă calea nociceptivă în cornul dorsal al măduvei spinării. Aceasta implică eliberarea de encefaline. Acest efect este cunoscut sub numele de analgezie segmentară și este aplicat pe scară largă în tratamentul cu acupunctură al zonelor dureroase. Deși acest tratament vizează în principal ameliorarea durerii, efectele sale par să aducă beneficii mult mai largi.

Acest efect segmentar poate fi folosit și pentru a influența simptomele afecțiunilor viscerale, atât durerea, cât și reflexele autonome perturbate. Căile aferente ale aferentelor somatice și viscerale converg la cornul dorsal, astfel încât efectul deprimant al punctiei acu-punctiei asupra cornului dorsal se aplică atât aferentelor somatice, cât și viscerale. Punerea intramusculară profundă pentru efecte viscerale poate fi administrată în trei locuri: mușchii peretelui trunchiului unde se simte durerea; mușchii paraver tebrali și mușchii membrului inferior care sunt inervați din segmentul relevant. Conceptul de reprezentare segmentară folosind derma tome, miotome, viscerotome și sclerotome este util în planificarea tratamentului cu acupunctură segmentară.

Lectură suplimentară

Bekkering R, van Bussel R 1998 Acupunctură segmentară. În Filshie J, White A (eds) Acupunctura medicală: o abordare științifică occidentală. Churchill Livingstone, Edinburgh

Acest capitol oferă mult mai multe detalii decât scurta noastră introducere, cu multe utile diagrame și oferă, de asemenea, multe referințe de sprijin pentru conceptele și revendicările făcute pentru acupunctura segmentară .

CAPITOL

Mecanisme neurologice III: analgezie extrasegmentară

Cuprins

Introducere 39

Neuromodulatoare: peptide opioide 40

Controlul inhibitor descendent al durerii 43

Aplicație clinică 45

Aspecte ale durerii 47

Rezumat 50

După ce ați citit acest capitol, ar trebui să puteți:

- descrieți principalele situsuri ale eliberării P -endorfinei și encefalinei prin acupunctură
- rezuma caracteristicile esențiale ale controlului inhibitor descendent al durerii.

Introducere

În capitolul anterior am discutat despre efectele acupuncturii asupra cornului dorsal, care au ca rezultat analgezie segmentară. Acest efect este folosit în practică prin punerea ace undeva lângă articulația sau regiunea dureroasă și poate în același membru dincolo de locul dureros - în același segment spinal ca (sau unul adiacent) punctului în care intrarea nocivă ajunge la cornul dorsal. Cu toate acestea, o caracteristică binecunoscută a acupuncturii este practica inserării acelor la o anumită distanță de locul dureros - acționarea mâinii pentru a trata piciorul sau a piciorului pentru a trata o durere de cap, de exemplu. Aceste ace vor fi probabil stimulate prin învârtire, eventual de mai multe ori, și pot fi lăsate până la 20 sau 30 de minute. Scopul acestei manevre este de a consolida analgezia segmentară prin activarea unui sistem mai generalizat de analgezie – numit analgezie extrasegmentară, subiectul acestui capitol.

Acest capitol prezintă mai întâi pe scurt biologia eliberării peptidelor opioide prin acupunctură, înainte de a continua să descrie mecanismele analgeziei extrasegmentare. Având în vedere acest context, secțiunea privind aplicarea clinică acoperă regimurile de tratament sugerate și apoi continuă să discute mecanismele care

explicați de ce diferiți indivizi răspund diferit, de ce efectul acupuncției este cumulativ și de ce ar trebui să încercați să reduceți anxietatea la pacienți
când îi tratați cu acupunctură. În final, vom aminti utilizarea acupuncturii pentru analgezia chirurgicală, înainte de a încheia cu câteva comentarii mai generale asupra altor aspecte ale durerii.

Primul raport al unei evaluări obiective adecvate a analgeziei produse de acupunctură a fost publicat în 1974, într-un studiu pe 60 de studenți chinezi la medicină. Li s-a administrat acupunctură în puncte ale mâinii (LI4) și genunchiului (ST36) timp de 50 de minute, după care s-a constatat că pragul lor de stimulare electrică dureroasă a crescut în tot corpul - în cap, torace, spate, abdomen și picior (Research Group of Acupuncture Anesthesia 1974). Un alt studiu seminal a arătat că analgezia a implicat un „factor umoral" (Research Group of Acupuncture Anesthesia 1974). În acest experiment binecunoscut, lichidul cefalorahidian (LCR) a fost extras de la un iepure căruia i sa administrat acupunctură și a demonstrat praguri de durere crescute. LCR a fost perfuzat în spațiul cefalorahidian al unui al doilea animal, care a dezvoltat apoi un nivel similar de analgezie cu primul. În mod clar, LCR conținea substanțe care au fost eliberate de acupunctură, pe care acum le recunoaștem drept neuromodulatoare.

Au fost dezvoltate metode experimentale mai noi pentru a investiga neurotransmițătorii și neuromodulatorii, iar cercetătorii din întreaga lume au fost responsabili pentru explorarea naturii răspunsului neurochimic la acupunctură, dar în special Han în China (Han & Terenius) . 1982) și Pomeranz în Canada (Pomeranz 2001 , Pomeranz & Chiu 1976). Mai recent, cunoștințele noastre despre aceste mecanisme au fost extinse enorm prin utilizarea tehnicilor de imagistică prin rezonanță magnetică (RMN), în special RMN funcțional (Hui et al 2005, Wu et al 2002) și prin scanarea tomografiei cu emisie de pozitroni (PET) (Pariente et al 2005).

Progresele în înțelegerea noastră prin tehnicile imagistice moderne ne permit să prezentăm o descriere rezonabil coerentă a mecanismelor care stau la baza efectelor centrale ale acupuncturii și modul în care acestea pot constitui o bază pentru o abordare rațională a practicii. Desigur, există multe lacune în înțelegerea noastră: de exemplu, multe mecanisme ale durerii cronice sunt încă prost înțelese, iar studiile noastre imagistice oferă încă concluzii oarecum inconsistente despre funcțiile structurilor profunde din creier. Puncția acu pare să aibă alte efecte biologice consistente și pare probabil că are alte mecanisme care așteaptă descoperirea. Ceea ce vă prezentăm este, prin urmare, în cel mai bun caz o simplificare excesivă, dar suficient de sperat pentru a-i determina pe practicanții în acupunctură să înceapă călătoria lor de descoperire.

Neuromodulatoare: peptide opioide

Acupunctura a câștigat pentru prima dată credibilitate în comunitatea științifică atunci când s-a demonstrat că eliberează peptide opioide care apar în mod natural. Patru peptide opioide au fost acum identificate, dar rolurile lor complete în percepția durerii nu sunt încă pe deplin înțelese (Tabelul 5.1). Fiecare peptidă este predominantă într-o zonă diferită

TABLE 5.1

Comparison of properties of the main opioid peptides

Peptide	Main site	Receptor	Blockage by naloxone	Relevant EA frequency (Hz)
P-endorphin	Midbrain, PAG (pituitary)	**m** & **5**	Low dose	Low (2-4)
Enkephalin	Dorsal horn of spinal cord	**m** & **5**	Low dose	Low (2-4)
Dynorphin	Brainstem and spine	K	High dose	High (50-100)
Orphanin	Widespread	**m**	Unknown	Low (2-4)

EA — electroacupuncture; Hz — frequency in cycles per second; PAG — peri-aqueductal grey.

al SNC: *fi-endorfina* se găsește în creier și *encefalina* în măduva spinării, iar acupunctura face ca ambele să fie eliberate. Dinorfina, în măduva spinării și trunchiul cerebral, are efecte variabile în funcție de circumstanțe. *Orfanina* (cunoscută și sub denumirea de endomorfină sau nociceptin) este distribuită pe scară largă în tot creierul anterior, mijlocul creierului și măduva spinării și are o multitudine de funcții în nocicepție , alte funcții senzoriale și control autonom (Han 2004).

Aceste peptide opioide sunt adesea denumite ***neuromodulatori*** , mai degrabă decât neurotransmițători , deoarece, în loc să producă un singur răspuns doar o singură dată, ele au un efect susținut și modifică activitatea celulei target pe o perioadă de timp.

Au fost identificate trei tipuri de receptori opioizi, numiti m , 5 și K. Acestea nu se potrivesc exact cu diferitele peptide, iar unele dintre peptide stimulează mai mult de un receptor, așa cum se arată în Tabelul 5.1.

P -endorfina joacă un rol important în analgezia acupuncturii. Într-o cercetare care a devenit un reper, acupunctura a crescut concentrațiile de P -endorfină în LCR la pacienții cu durere, în timp ce pacienții de control care nu au primit acupunctură nu au prezentat modificări (Clement-Jones et al 1980). Studiile ulterioare au arătat că efectul analgezic al punctiei acu are un debut lent, atinge un vârf după aproximativ 20 de minute și apoi decade lent după îndepărtarea acelor (Fig. 5.1). Acest tipar de timp este în întregime în concordanță cu acțiunea eliberării neuromodulatorului.

Dovezile că peptidele opioide sunt implicate în acupunctură a fost întărită de descoperirea că unele dintre efectele acupuncturii pot fi inversate de naloxonă, atât în laborator (Han & Terenius 1982 , Pomeranz & Chiu 1976), cât și în studiile clinice la pacienții cu durere (Mayer et al 1977). Descoperirea unor antagoniști specifici ai diferiților receptori a fost de o importanță crucială în stabilirea rolurilor diferitelor peptide opioide.

Acupunctura eliberează encefalina în măduva spinării și fi -endorfină în creier.

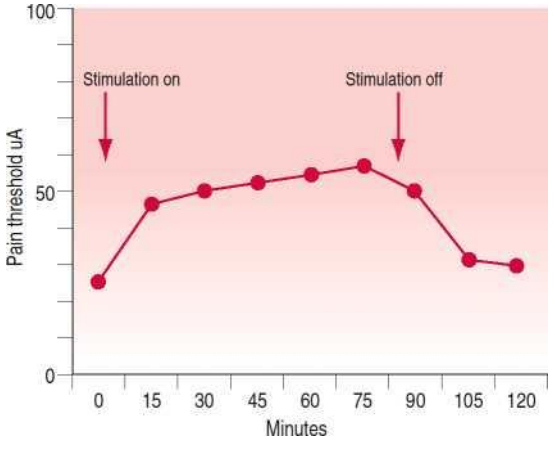


Figure 5.1 Graph indicating changes of dental pain threshold during electrical stimulation to needles in hands and cheeks, showing the delay in rise and fallof analgesia after onset and cessation of acupuncture. (Data from Andersson and Holmgren 1975 American Journalof Chinese Medicine 3(4): 311-334, with permission.)

Este important de menționat că discuția de mai sus se referă la eliberarea peptidelor opioide în LCR. Cu toate acestea, P -endorfina este de asemenea eliberată din pituitară direct în fluxul sanguin. Acest lucru se întâmplă ca răspuns la mai mulți stimuli, nu doar acupunctura, iar rolul precis al acestei b -endorfine circulante în analgezie nu este pe deplin înțeles.

Electroacupunctură și peptide opioide

Electroacupunctura (EA) implică trecerea unui curent electric mic prin ace de intensitate suficientă (cel puțin, în experimente de laborator) pentru a face mușchii să se zvâcnească. Majoritatea cercetărilor de laborator în acupunctură utilizează EA, deoarece este un stimul reproductibil.

În linii mari, diferite frecvențe ale EA eliberează diferite fluxuri de opioide . O mare parte din cunoștințele noastre pe acest subiect îi datorăm lui Ji-Sheng Han, care a observat că acupunctorii variază modul în care stimulează acele prin manevre de rotire sau de împingere, uneori rapide și alteori lente. Han a ales frecvențele de 2 Hz și 100 Hz pentru a reprezenta extremele. El a arătat că stimularea de 2 Hz induce analgezie prin eliberarea de P -endorfine, encefaline și orfanină și efectul acestora asupra receptorilor m ; și că stimularea de înaltă frecvență (de obicei 80-100 Hz) eliberează dinorfină, care stimulează receptorii κ (vezi Tabelul 5.1). EA de 15 Hz induce o eliberare limitată atât a encefalinei, cât și a b -endorfinei. Într-o revizuire cuprinzătoare a acestei lucrări de laborator, Han sugerează că cel mai mare efect analgezic pe termen scurt este obținut prin combinarea 2 Hz și 100 Hz i. Han 2004). Cercetările clinice la pacienții cu durere au sugerat că efectul 2 Hz este mai durabil decât cel al 100 Hz (Thomas et al 1995).

Diferite peptide opioide sunt eliberate de diferite frecvențe de stimulare.

Mecanisme non-opioide în analgezia de acupunctură

Încă din primele zile ale cercetării neurofiziologice în acupunctură a fost clar că răspunsul la acul este complex și că alte H.
sunt implicați transmițători precum și opioidele.

Serotonina este un transmițător important în matricea de control al durerii. Serotonina este implicată în trunchiul cerebral în activarea sistemelor de inhibare a durerii descendente și duce la eliberarea mai multor serotonine (precum și nici adrenalină) în cornul dorsal, așa cum se discută mai jos (Han & Terenius 1982).

Oxitocina poate avea un rol important în multe dintre efectele acupuncturii , inclusiv efectele analgezice, anxiolitice și sedative (Uvnas-Moberg et al 1993). Eliberarea de oxitocină este, de asemenea, generată de mângâiere, masaj blând și atingere fizică, în special pe suprafața ventrală a corpului.

Analgezia poate fi produsă prin șoc la unele animale. Șocul poate include stimularea electrică dureroasă în experimente care se presupune că investighează acupunctura (nedureroasă). Mecanismul pentru acest efect poate fi eliberarea de ACTH și b -endorfină din pituitară în circulație. Acest lucru poate duce la o oarecare confuzie în interpretarea rezultatelor studiilor de laborator ale electroacupuncturii.

Controlul inhibitor descendent al durerii

Spre deosebire de analgezia segmentară descrisă în capitolul 4, acupunctura induce, de asemenea, o analgezie generalizată în tot corpul. Face acest lucru prin activarea unei zone din creierul mediu din care mănunchiuri de fibre coboară la fiecare nivel al măduvei spinării și inhibă cornul dorsal. Diferitele căi ale controlului inhibitor descendent pot fi văzute într-un desen compozit al neurofiziologiei acupuncturii (Fig. 5.2).

Structura crucială pentru această *inhibare descendentă a durerii* este gri periaqueductal (PAG), un grup mic de celule din mijlocul creierului și cel mai apropiat lucru pe care corpul îl are de un „centru de control al durerii". PAG este locul în care cea mai mică doză de droguri opioide administrate (de exemplu morfină sau heroină) poate produce cel mai profund efect analgezic.

PAG este activat de b -endorfină, care este eliberată din fibrele nervoase care coboară din hipotalamus, sau mai exact *nucleul arcuat* al hipotalamusului. Nucleul arcuat este, de asemenea, locul unde se termină unele dintre căile aferente ale fibrelor A S , stimulate de acupunctură. (Rețineți că folosim termenul „A S " pentru a include atât fibrele adevărate A S din piele, cât și fibrele de tip II/III din mușchi, pe care acele de acupunctură le stimulează.) PAG primește, de asemenea, aport de la sistemul limbic, ceea ce explică modul în care stările psihologice pot modifica percepția durerii.

Există două căi de coborâre cunoscute din PAG și, probabil, mai multe care nu au fost încă descoperite:

- Un sistem care coboară din PAG eliberează serotonina la nivelul celulelor intermediare ale cornului dorsal - aceleași celule care sunt deja activate de efectul segmentar al acupuncturii. Sistemul descendent de control al durerii eliberează serotonina, stimulând celula intermediară să elibereze met-encefalina, care

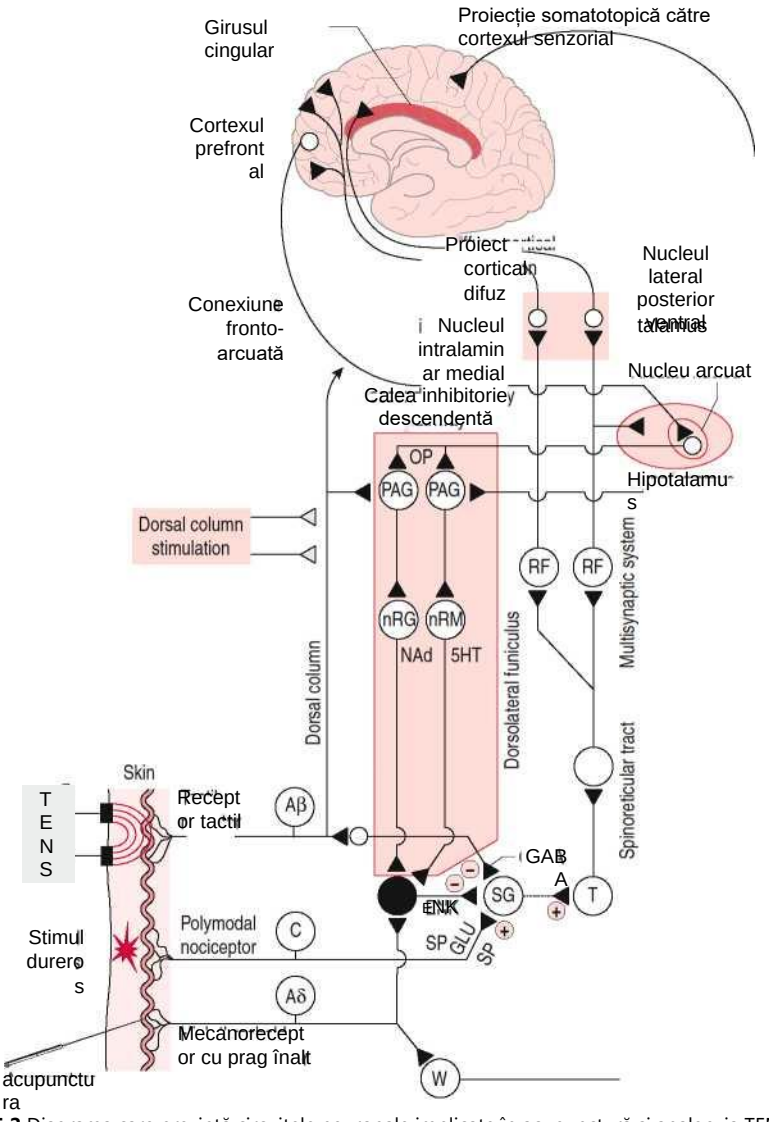


Figura 5.2 Diagrama care prezintă circuitele neuronale implicate în acupunctură și analgezia TENS. Sunt prezentate căile aferente implicate în transmiterea informațiilor nociceptive de la o cale dureroasă către centrii superiori prin cornul dorsal, tracturile ascendente și talamusul. Sunt prezentate, de asemenea, conexiunile cu căile inhibitorii descendente care coboară în funiculul dorsolateral. Sunt indicate conexiunile la hipotalamus. Abrevieri: A S , C și A b reprezintă celulele ganglionare ale rădăcinii posterioare ale fibrelor mici mielinice (A delta), fibrelor C și, respectiv, fibrelor mielinice mari; CGRP = peptidă legată de gena calcitoninei; ENK = neuron encefalinergic; GABA = acid g- amino-butiric; GLU = glutamat; 5HT = 5-hidroxitriptamina, serotonină; Nad = noradrenalina = norepinefrina; nRG = nucleus raphe gigantocellularis; nRM = nucleus raphe magnus; OP = peptide opioide; PAG = gri periaqueductal; RF = formatiune reticulara; SG = celula din substanța gelatinoasă; SP = substanta P; T = celula de transmisie; VIP = polipeptidă intestinală vasoactivă; W = celula Waldeyer; + = efect stimulant; — = efect inhibitor. (Din Filshie și Thompson 2004 The Oxford Book of Palliative Medicine. Ediția a 3-a. Capitolul 8.2.9. Reproducere cu permisiunea Oxford University Press.)

la rândul său, inhibă celulele gelatinoase substanțiale (vezi Fig. 5.2). Acest efect va fi în plus față de orice inhibiție segmentară care este deja activă.

• O altă cale descendentă determină eliberarea difuză de noradrenalina în tot cornul dorsal. Noradrenalina are un efect inhibitor direct asupra membranei postsinaptice a celulelor de transmisie, întărind în continuare efectul acupuncturii asupra controlului nocicepției (Figurile 5.3 și 5.4).

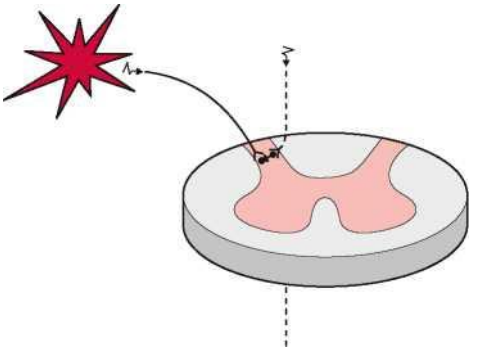


Figura 5.3 Inhibarea descendentă a durerii prin eliberarea celulelor intermediare care modulează serotonina.

Controlul inhibitor descendent al durerii inhibă calea nociceptivă în fiecare corn dorsal.

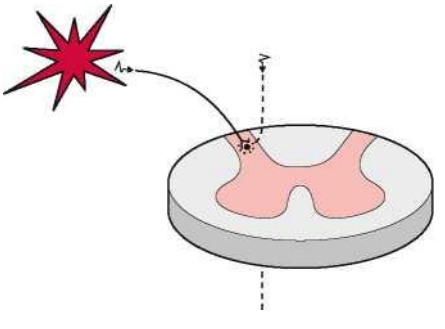


Figura 5.4 Inhibarea descendentă a durerii prin eliberarea noradrenalinei în jurul celulelor substanței gelatinoase.

Aceste acțiuni particulare ale acupuncturii ar putea fi influențate de intervenția farmacologică. De exemplu, medicamentele antidepresive triciclice cresc eliberarea atât a serotoninei, cât și a noradrenalinei în sistemul nervos central; există unele dovezi (desigur, nu puternice) că antidepresivele triciclice pot fi sinergice cu acupunctura și pot crește efectul analgezic al acesteia. Interesant, acest efect nu este observat cu medicamentele inhibitoare selective a recaptării serotoninei.

Aplicație clinică

Acupunctura extrasegmentară poate fi folosită pentru a întări analgezia segmentară. Selectarea punctelor nu este probabil să fie critică, deoarece acesta este un afect generalizat în întregul corp. Poate fi generată analgezie extrasegmentară

TABLE 5.2

Standard dose of acupuncture for extrasegmentalanalgesia (in addition to needling for segmental analgesia)

Variable	Typical of standard treatment
Points	In limbs, usually bilateral
Number of needles	Typically two or four
Depth of insertion	Intramuscular
Needle stimulation	Manual, or electrical using low and high frequencies
Response elicited	de *qi,* muscle contraction if electroacupuncture
Needle retention time	20 minutes

cel mai eficient în punctele majore de acupunctură bine-cunoscute, cum ar fi LI4 sau LI11 în brațe și ST36 sau LR3 în picioare.

Doza standard de acupunctură necesară pentru analgezia extrasegmentară este prezentată în Tabelul 5.2 - aceasta poate fi aplicată în plus față de orice ace utilizate pentru analgezia segmentară, deși respectând totuși sensibilitatea fiecărei persoane la acupunctură. Stimularea electrică este probabil mai eficientă decât manuală pentru activarea acestui efect special al acupuncturii.

Pentru un efect susținut în tratarea durerii cronice, repetați stimulul o dată sau de două ori pe săptămână, astfel încât beneficiul să se acumuleze, din motivele discutate mai jos.

Răspuns individual la acupunctură

Pacienții variază considerabil în răspunsul lor la acupunctură. Unii pacienți răspund bine la aplicarea scurtă, superficială, și pot avea efecte nefaste de la orice tratament mai puternic. Alții nu reușesc să răspundă nici măcar la o stimulare puternică și prelungită și sunt clasificați ca „non-răspunzători". Majoritatea populației se află undeva între aceste două extreme și răspunde într-un mod pe care îl putem recunoaște drept „normal".

Această variație a răspunsului este probabil să se datoreze diferențelor genetice în metabolismul peptidelor opioide ale pacienților și diferențelor în activitatea receptorului. În experimentele de laborator, diferențele genetice dintre animale pot însemna că până la 50% din unele loturi de animale nu reușesc să răspundă la stimularea cu acul în modul așteptat. Un alt motiv pentru diferite răspunsuri individuale este probabil să fie variația activității enzimei encefalinazei din măduva spinării.

Răspunsul cumulativ la acupunctură: expresia genelor

În tratarea multor afecțiuni dureroase cu acupunctură, ameliorarea durerii se acumulează de obicei treptat pe parcursul unei serii de tratamente. Acest lucru poate fi explicat prin modificări ale metabolismului peptidelor opioide. Orice stimul care duce la eliberarea de peptide opioide îmbunătățește, de asemenea, expresia genei, astfel încât mai multă peptidă opioide este fabricată și stocată la terminal; data viitoare când stimulul este aplicat

eliberează mai multă peptidă. Această expresie crescută a genelor trebuie să fie consolidată într-o perioadă scurtă de timp, altfel va reveni la normal. Intervalul optim poate fi de aproximativ 3 zile, deși în practica clinică este adesea dificil să se organizeze tratamente atât de frecvent.

Efectul acupuncturii se acumulează atunci când se repetă.

Colecistokinina antagonist natural al opioidului: anxietate

Colecistochinina (CCK) este un antagonist natural al peptidelor opioide. A fost numit după ce a fost descoperit pentru prima dată că provoacă contracția vezicii biliare. Nivelurile crescute de CCK în SNC sunt asociate cu o percepție crescută a durerii; în plus, pacienții anxioși au niveluri crescute de CCK și, prin urmare, este probabil să experimenteze mai multă durere.

Prin urmare, pentru a obține beneficiul maxim din eliberarea opioidelor, este important să se pregătească pacienții pentru acupunctură în moduri care să reducă anxietatea, cum ar fi evitarea grabei, oferirea de explicații adecvate, lăsând oportunități pentru întrebări și discuții, precum și utilizarea atingerii, dacă este cazul. Pe lângă faptul că este oricum o practică bună, un pacient relaxat va avea niveluri mai scăzute de CCK și rezultate mai bune cu acupunctura teoretic.

În plus, merită să ne amintim că CCK este eliberată prin stimularea acupuncturii în laborator atunci când este prelungită mai mult de aproximativ 45 de minute. Analgezia prin acupunctură pentru controlul durerii postoperatorii sau pentru durerea travaliului poate fi necesar să fie continuată mai mult de 2 ore. Teoretic, această stimulare continuă ar putea deveni contraproductivă, deși mai multe studii au sugerat că aceasta nu este o problemă semnificativă din punct de vedere clinic.

Analgezie prin acupunctura pentru interventii chirurgicale

Efectele combinate ale stimulării cu acupunctură segmentară și extrasegmentară au fost folosite ca bază pentru analgezia acupuncturii (sau, mai strict vorbind, hipalgezia - durere redusă) pentru intervenții chirurgicale. Creșterea pragului de durere care poate fi obținută prin acupunctură la orice anumit pacient variază foarte mult în funcție de mulți factori, inclusiv, de exemplu, circumstanțele particulare și susceptibilitatea individului. În timp ce primele rapoarte dramatice din China au arătat că intervenția chirurgicală majoră aparent a fost efectuată folosind acupunctura ca principală formă de analgezie, experiența ulterioară sugerează că puțini indivizi ating o creștere suficientă a pragului durerii pentru a permite intervenția chirurgicală. În practică, analgezia prin acupunctură atunci când este utilizată singură pentru intervenții chirurgicale nu este de încredere și nu este considerată utilă ca o singură intervenție.

Aspecte ale durerii

Clasificarea durerii

Este important ca acupuncturiștii să încerce să recunoască ce tip de durere are pacientul lor, din istoric și din examinare, deoarece nu toate tipurile răspund

fiabil la tratament. În practică, desigur, este adesea dificil să fii sigur și mulți pacienți cu durere cronică au caracteristici ale mai multor tipuri de durere.

nociceptivă este rezultatul stimulării nervilor periferici - de exemplu, din cauza leziunilor tisulare, degenerare, inflamație sau ischemie. Durerea nociceptivă este obișnuită, iar exemplele includ durerea de vindecare de la răni, durerea articulațiilor artritice și durerea miofascială. Acest tip de durere este, în general, probabil să răspundă la acupunctură și să aibă un răspuns cumulativ la tratamentul repetat.

neuropatică este cauzată de funcționarea anormală a sistemului nervos, fie cauzată de traume, fie ca parte a unei afecțiuni neurologice. Anormalitatea poate fi periferică sau centrală sau ambele: exemplele includ nevralgie post-herpetică , durere la nivelul membrelor fantomă, durere post-accident vascular cerebral și sindrom de durere regională complexă. Pacienții descriu adesea durerea neuropatică cu adjective caracteristice („împușcătură" sau „arsură") și pot prezenta alodinie (durere cauzată de un stimul în mod normal fără durere, cum ar fi periajul pielii) și hiperalgezie (durere severă cauzată de un stimul nociv minor). Deoarece sistemul nervos este însuși - deteriorat, nu este deloc surprinzător că acupunctura este adesea mai puțin utilă pentru pacienții cu dureri neuropatice. În plus, există un mic risc ca acupunctura să agraveze durerea neuropatică dacă nu este administrată corect.

Durerea cronică de orice origine este adesea complicată de aspecte *psihologice* , cum ar fi depresia și evitarea fricii, deși durerea de origine pur psihologică este extrem de rară. Rolul acupuncturii în blocarea aspectelor psihologice ale durerii este imprevizibil, dar poate avea alte efecte care sunt utile pacientului, cum ar fi îmbunătățirea somnului. Răspunsul la orice tratament depinde în parte de convingerile și așteptările pacientului și de puterea relației terapeutice, precum și de orice efecte specifice asupra căilor durerii. Acupunctura poate contribui util la recuperare în cadrul unei strategii de management al durerii care include, de asemenea, informații, modificarea obiectivelor tratamentului și exerciții fizice.

Într-un cadru de îngrijire primară al populațiilor civile și militare (Cummings 1996), ratele de răspuns la acupunctură pentru diferite tipuri de durere au fost după cum urmează:

- 90% la pacientii cu dureri miofasciale
- 70% la pacientii cu alte forme de durere nociceptiva
- 40% în alte tipuri de durere.

Acupunctura este cel mai previzibil eficient pentru tratarea durerii nociceptive.

Sensibilizare: periferică și centrală

În anumite circumstanțe, răspunsul unui pacient la un stimul nociv poate fi amplificat disproporționat cu gradul de vătămare sau patologie care pare să fie prezentă. De exemplu, o articulație care este inflamată poate fi extrem de sensibilă la cea mai ușoară atingere sau un membru care și-a revenit după o rănire poate rămâne

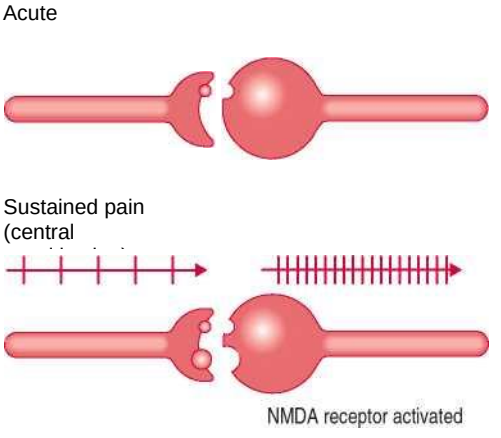


Figura 5.5 Desen schematic al sensibilizării centrale, care arată răspunsul standard al căii la durerea acută și răspunsul intensificat în durerea cronică atunci când al doilea receptor este activat.

excesiv de sensibil. În aceste cazuri, a avut loc o sensibilizare, care poate fi fie periferică, fie centrală sau ambele:

- Sensibilizarea periferică: terminațiile nervoase senzoriale sunt sensibilizate de mediatorii inflamatori eliberați local și răspund puternic chiar și la un stimul minor.
- Sensibilizarea centrală: dacă se repetă un stimul nociceptiv, răspunsul unor celule de transmisie a măduvei spinării devine mai viguros, proces numit „wind up" (Woolf 1996) și prezentat schematic în Figura 5.5 . Sensibilizarea rezultă din recrutarea unui al doilea receptor de glutamat, anterior inactiv, receptorul „NMDA". În durerea cronică, acest receptor este activat semi-permanent, ceea ce este apoi denumit sensibilizare centrală . Activarea receptorului NMDA are ca rezultat un răspuns mult mai mare la stimulare decât receptorul de bază „AMPA", care este cel care răspunde mai întâi la eliberarea de glutamat de la un nerv aferent nociceptiv primar. Mecanisme similare pot funcționa în alte locuri de-a lungul căii SNC și pot duce la o amplificare suplimentară a durerii.

Sensibilitatea pe tot corpul poate indica o sensibilizare centrală.

Stimulare puternică: control difuz inhibitor nociv

Un alt concept ar trebui menționat de dragul completității. Stimularea puternică în orice parte a corpului poate produce „ control difuz inhibitor nociv" sau DNIC, o inhibiție larg răspândită a durerii care implică mecanismele descendente menționate mai sus (Le Bars și colab. 1979). În experimentele de laborator , efectul are un debut rapid, dar este de scurtă durată, durând doar aproximativ de două ori mai mult decât durata stimulării. Stimularea atât de puternică este rar folosită în practica clinică din Occident.

Rezumat

□q

S-a demonstrat că neuromodulatorii grupului de peptide opioide sunt implicați U în analgezia de acupunctură. Stimulare electrică la diferite frecvențe.

Z întârzie eliberarea diferitelor peptide. Acupunctura poate induce răspândire ameliorarea durerii prin stimularea sistemului endogen cunoscut sub numele de control inhibitor descendent al durerii. Prin eliberarea locală a P -endorfinei în griul ductal periaque , sunt activate cel puțin două tracturi descendente care inhibă transmiterea -căilor nociceptive în cornul dorsal, la fiecare nivel segmentar. Transmițătorii eliberați local în cornul dorsal sunt serotonina și nici adrenalina. Biologia peptidelor opioide explică de ce pacienții individuali răspund diferit la acupunctură, de ce se acumulează efectele acupuncturii și de ce pacienții ar trebui să fie relaxați atunci când li se administrează acupunctură. Analgezia prin acupunctură nu este suficient de sigură pentru o intervenție chirurgicală.

Durerea este în general clasificată în nociceptivă sau neurogenă și ambele au componente psihologice. Acupunctura este cea mai eficientă împotriva durerii nociceptive. Sistemul nervos poate fi sensibilizat la nocicepție, fie periferic, unde sensibilitatea nervilor este crescută de prezența mediatorilor inflamatori, fie central, unde sunt recrutați receptori suplimentari care amplifică semnalul nociceptiv.

Lectură în continuare

Melzack R, Wall PD 1982 Provocarea durerii. Penguin Science, Harmondsworth

Această carte extrem de accesibilă scrisă de inițiatorii teoriei de control al durerii oferă o perspectivă magistrală asupra conceptelor moderne despre modul în care corpul tratează durerea.

Următoarea selecție de recenzii științifice descriu reperele clasice în evoluția înțelegerii mecanismelor de acțiune ale acupuncturii și sunt, în general, prezentări de ansamblu foarte accesibile care oferă liste de referințe extinse:

Andersson S, Lundeberg T 1995 Acupunctura - de la empirism la știință: fundal funcțional la efectele acupuncturii în durere și boală. Ipoteze medicale 45: 271-281

Bowsher D 1998 Mecanismele acupuncturii. În Filshie J, White A (eds) Acupunctura medicală: o abordare științifică occidentală. Churchill Livingstone, Edinburgh, pp. 69-82

Carlsson C 2002 Mecanisme de acupunctură pentru efecte clinice relevante pe termen lung - reconsiderare și o ipoteză. Acupunctura în medicină 20: 82-99

Han J, Terenius L 1982 Bazele neurochimice ale analgeziei acupuncturii. Recenzii anuale în farmacologie și toxicologie 22: 193-220

Han JS 1997 Fiziologia acupuncturii: revizuirea a treizeci de ani de cercetare. Journal of Alternative and Complementary Medicine 3 (Supliment 1): S101-S108

Han JS 2004 Acupunctură și endorfine. Neuroscience Letters 361: 258-261

Pomeranz B 2001 Acupunctura analgezie - cercetare de bază. În Stux G, Hammerschlag R (eds) Acupunctura clinică - bază științifică. Springer, Berlin

CAPITOL

Mecanisme neurologice IV: efecte regulatoare centrale

Cuprins

Introducere 51

Durerea: componenta afectivă 52

Schimbări psihologice 54

Efecte autonome 54

Axul hipotalamo-hipofizo-suprarenal 55

Axul hipotalamo-hipofizo-ovarian 55

Alte efecte endocrine 55

Sistemul imunitar 56

Dependenta de droguri 56

Greață și vărsături 56

Aplicație clinică 56

Rezumat 57

După ce ați citit acest capitol, ar trebui să puteți:

- oferiți o scurtă privire de ansamblu asupra sistemului limbic
- numiți cel puțin patru funcții centrale de reglare care pot fi influențate de acupunctură.

Introducere

Unul dintre lucrurile care fac acupunctura atât de satisfăcătoare este auzirea pacienților care raportează beneficiile neașteptate ale tratamentului. Ei nu numai că raportează ameliorarea așteptată a durerii - uneori pentru prima dată - dar, de asemenea, declară frecvent că s-au simțit calmi și relaxați și că au dormit neobișnuit de bine după tratament. Cuvintele pe care diferiți pacienți le folosesc sunt remarcabil de consistente, deși, desigur, nu toți pacienții experimentează aceste lucruri. Acupunctori

iar pacienții lor nu au nicio îndoială că acupunctura poate avea efecte fiziologice profunde și larg răspândite.

Vom folosi termenul de „reglementare centrală” pentru aceste efecte destul de generale (j se schimbă: „centrale”, deoarece ele au loc în mod clar în sistemul nervos central). Z tem, și „de reglementare”, deoarece par a fi efecte stabilizatoare, deplasând 2 corpul spre funcția normală - în ceea ce privește excitarea sau somnul, de exemplu.

Există dovezi că aceste efecte apar reproductibil, deși mecanismele lor nu sunt încă pe deplin clare și acest capitol se bazează mai mult decât celelalte pe un grad de extrapolare - observații clinice interpretate prin sugestii plauzibile ale mecanismelor pentru care există dovezi parțiale, dar nu dovezi complete. Ca urmare, sfaturile privind tehnicile de tratament sunt mai puțin sigure decât alte capitole. Dar chiar dacă mecanismele precise se dovedesc a fi destul de diferite de cele pe care le descriem aici, credem că aceste efecte sunt suficient de importante pentru a fi incluse în textele standard ale acupuncturii, în speranța și așteptarea că noi perspective asupra funcției SNC vor oferi explicații mai solide în viitor.

Durerea: componenta afectivă

Durerea are o componentă *senzorială* - natura, calitatea și durata ei - care se înregistrează la nivelul cortexului somatosenzorial, iar o componentă *afectivă* - aspectul ei emoțional; cât de tulburător este – care se înregistrează în sistemul limbic.

Un pacient ar putea descrie o durere care este în principal senzorială astfel: „Mă doare, dar nu mă deranjează foarte mult, mă pot descurca”. Este componenta senzorială pe care acupunctura segmentară și extrasegmentară o tratează prin efectele lor asupra cornului dorsal.

Un pacient care are o afecțiune dureroasă cu o componentă *afectivă puternică* o consideră profund deranjantă. O durere de cap, de exemplu, pare adesea să incapaciteze un pacient mai mult decât ar părea să justifice nivelul de durere în sine . Durerea este evident mai mult decât o senzație, este o experiență neplăcută și are multe dimensiuni: practic, senzația trebuie procesată astfel încât evitarea acțiunii să poată fi organizată. La nivel cognitiv, o nouă experiență de durere trebuie comparată cu experiențele anterioare (memoria), astfel încât să poată fi interpretată (raționament) și evaluată (judecata): dar, în termeni evolutivi, supraviețuirea poate depinde și de activarea reacțiilor adecvate, inclusiv a unui răspuns emoțional și a răspunsurilor fizice, cum ar fi schimbările autonome.

Sistemul limbic

Multe dintre aceste aspecte ale procesării și răspunsului la durere sunt responsabilitatea sistemului *limbic* , un grup interconectat de structuri care se află adânc în creier. Sistemul limbic include amigdala, hipocampul, parahipocampul, cortexul cingulat anterior (ACC), cortexul prefrontal, septul, nucleul accumbens, hipotalamusul, insula și caudat. Un simplificat

schema a fost prezentată în Figura 4.2, iar unele dintre răspunsurile la acupunctură sunt prezentate în Planșa 5.

Există acum dovezi bune din studiile imagistice că acupunctura are un efect considerabil asupra sistemului limbic (Hui et al 2000, Hui et al 2005, Pariente et al 2005). Acesta este un efect destul de general al acupuncturii și aproape sigur nu depinde de locul acului, ci mai degrabă de o combinație de factori, inclusiv de stimul și, într-o anumită măsură, de credința și așteptările pacientului.

Interesant este că acum există dovezi destul de bune că o formă convingătoare de acupunctură simulată (folosind ace contondente, dar sugerând pacientului că acesta este un tratament activ) poate produce modificări distincte în sistemul limbic. Pare foarte probabil ca fibrele A S stimulate de obicei de acupunctură să nu fie implicate în transmiterea acestui efect și este mult mai probabil ca acest efect al acupuncturii simulate asupra sistemului limbic să fie rezultatul activării prin atingere a sistemului de fibre C tactile (Lund & Lundeberg 2006). Aceste aspecte ale tratamentului ar putea fi descrise ca fiind plăcutul acupuncturii. În cazul punctiei de acu autentică , atunci când acele sunt introduse și stimulate într-un mod adecvat, există un efect suplimentar care pare să implice insula foarte specific.

Sistemul limbic este responsabil pentru componenta afectivă a durerii.

Un alt studiu a arătat că acul blând la ST36, suficient pentru a provoca *de qi* , dar nu durere ascuțită, a provocat o reducere a intensității semnalului imagistică prin rezonanță magnetică (IRM) în întregul sistem limbic (Hui et al 2005). Un semnal redus poate indica o activitate neuronală mai scăzută, deși acest lucru nu este absolut clar. Reducerea a fost cea mai marcată în amigdală, hipocamp, parahipocamp, cortex cingulat anterior (ACC) și cortex prefrontal; și a fost semnificativ, dar mai limitat, în zona septală, nucleus accumbens, hipotalamus , insula și caudat. Nucleul rafeului dorsal a prezentat o activitate crescută și, deoarece acest nucleu se proiectează spre griul periaqueductal, descoperirea este compatibilă cu activarea sistemului inhibitor descendent al durerii prin acupuncție , așa cum sa discutat în capitolul 5. În schimb, acupunctura care a produs o senzație de durere ascuțită și *de qi* a produs un amestec de modificări și scădere a semnalului, cu unele modificări ale semnalului. Deși cunoștințele noastre despre mecanismele exacte sunt încă limitate, se acumulează dovezi că acupunctura - cel puțin în anumite condiții - poate avea efecte utile asupra sistemului limbic.

O interpretare a acestor dovezi din studiile imagistice este că componenta afectivă a durerii va răspunde la orice formă de acupunctură care stimulează sistemul limbic, în timp ce componenta senzorială a durerii este probabil să răspundă mai bine la efectele analgezice specifice ale acupuncturii segmentare și extrasegmentale. Sistemul limbic poate fi stimulat prin acţionare mai degrabă nespecifică, în timp ce analgezia segmentară depinde mai mult de producerea *de qi* în segmentul corespunzător. Această diferență ar putea explica concluziile seriei mari de studii clinice din Germania la începutul anilor 2000: acupunctura și acupunctura simulată au efecte similare asupra migrenei, durerilor de cap tensionate și durerilor de spate, în timp ce pentru durerile de genunc acupunctura segmentară este semnificativ superioară acupuncturii simulate. Explicația care a fost propusă este aceea

migrena, cefaleea tensională și durerile de spate au o componentă afectivă ridicată, care răspunde la stimularea nespecifică cu ac (Lund & Lundeberg 2006).

În schimb, durerea de genunchi este în principal senzorială, deci sunt necesare efecte analgezice specifice.

Componenta afectivă a durerii este rar măsurată în studiile clinice, dar cel puțin un studiu a constatat că pacienții care au primit acupunctură raportează că componenta afectivă este mai redusă decât componenta senzorială (Thomas et al 1991). Pacienții pot avea în continuare dureri cronice, dar îi deranjează mai puțin.

Schimbări psihologice

Tratamentul cu acupunctura poate fi asociat cu mai multe efecte mentale profunde:

- De obicei, o calmare emoțională destul de generală, cu un sentiment de euforie, pace și relaxare, pe care unii pacienți o descriu drept „întregime" sau „echilibru"
- Un somn bun, mai ales după primele una sau două tratamente cu acupunctură
- Ocazional, reacții emoționale destul de puternice la tratament, cum ar fi plânsul sau chicotul și, ocazional, furia
- Mai puțin frecvent, alte evenimente cum ar fi leșinul și, extrem de rar, reacții precum convulsii sau stări temporare de comat.

Această îmbunătățire generală a bunăstării poate fi deosebit de valoroasă pentru pacienții cu durere cronică. Nu numai că durerea este mai puțin deranjantă, dar se simt mai bine pregătiți să facă față acesteia. Aceste modificări par să nu fie dependente de nicio locație specifică a punctelor, deși pot fi mai marcate după acționarea punctelor majore. Această diferență a fost observată în cursurile de formare în acupunctură, în care novicii se tratează unul pe altul intens pentru practică. Somnolența pare mai frecventă după acul punctelor majore decât după acul punctelor declanșatoare în mușchi.

Efecte autonome

Acupunctura poate provoca răspunsuri simpatice generalizate în direcții diferite . Pe termen scurt, tonusul este crescut local în segment în timpul tratamentului , iar pe termen lung există dovezi ale unei scăderi extinse, susținute, a tonusului simpatic. În general, stimularea electrică de joasă frecvență reduce tonul și frecvența înaltă îl crește, cel puțin în studiile de laborator. Există dovezi bune din studiile de laborator că acupunctura poate altera activitatea autonomă la nivelul hipotalamusului (precum și cornul dorsal, despre care am discutat mai devreme), iar acest lucru se potrivește cu modificările observate clinic.

Efectul acupuncturii asupra organismului depinde de starea actuală a echilibrului autonom. De exemplu, unele studii au arătat că

acupunctura poate, pe termen scurt, să reducă o tensiune arterială crescută și să crească o tensiune arterială scăzută. În timp ce studiile nu au arătat niciun beneficiu pe termen lung al acupuncturii pentru hipertensiune arterială, din motive care nu sunt clare, efectul poate m să fie util din punct de vedere clinic pentru alte afecțiuni când fluxul autonom este perturbat funcțional, de exemplu în tratamentul tulburărilor funcționale ale vezicii urinare. Scăderea tonusului simpatic poate fi întărită prin tratament repetat (Dyrehag et al 1997). Unele dovezi sugerează, de asemenea, că acupunctura poate avea unele G efect asupra afecțiunilor dependente de simpatie, precum sindromul durerii regionale complexe și boala Raynaud.

Axul hipotalamo-hipofizo-suprarenal

Stimularea acupuncturii poate influența glanda pituitară anterioară prin intermediul hipotalamusului. Există dovezi că stimulează eliberarea în circulație atât a ACTH, cât și a P -endorfinei, care sunt derivate dintr-un singur precursor , pro-opiomelanocortin. Cât de relevantă este circulația crescută a ACTH și P -endorfinei după acupunctură în practica clinică nu este clar, deoarece P -endorfina nu traversează bariera hemato-encefalică. Concentrațiile de P -endorfină din sânge răspund, de asemenea, la mulți stimuli nespecifici, cum ar fi mâncatul și exercițiile fizice. Este important să distingem această P -endorfină care circulă în fluxul sanguin de cea care este eliberată în SNC în jurul gri periaqueductal.

Axul hipotalamo-hipofizo-ovarian

Nucleul arcuat al hipotalamusului este locul pentru așa-numitul generator de impulsuri gonadotrofină (GnRH), așa că nu este nerezonabil să se prezică că puncția acu poate avea un anumit efect asupra eliberării GnRH. Efectele clinice ale acestui lucru ar putea include modificarea în reglarea timpului și fluxului menstrual și reducerea dismenoreei. Aceste efecte asupra hormonului de eliberare a gonadotrofinelor sunt acum stabilite, dar efectele clinice, deși raportate pe scară largă ca anecdote, nu sunt susținute ferm de studiile clinice.

Alte efecte endocrine

Bufeurile în postmenopauză se datorează disfuncționării centrului de reglare a temperaturii, deși mecanismul nu este cunoscut în prezent. Unele dovezi sugerează că eliberarea de P -endorfină tinde să reducă frecvența bufeurilor, posibil prin modificarea activității CGRP, care este un vasodilatator puternic (Wyon și colab. 1995), sau prin eliberarea de 5-HT, care are un efect asupra regulării. Mici studii clinice au sugerat că acupunctura poate reduce incidența sau severitatea bufeurilor postmenopauzei, dar încă nu este clar dacă acesta este mai mult decât un efect al așteptărilor.

Există rapoarte anecdotice conform cărora unii pacienți consideră că trebuie să-și modifice doza de insulină pentru câteva zile după acupunctură, deși există puține

dovezi de încredere că acupunctura poate avea orice efect clinic util asupra pacienților diabetici dependenți de insulină .

z

Sistemul imunitar

P-. Mecanismele de activare și control al sistemului imunitar au doar

relativ recent a fost înțeles într-o mare profunzime. În unele studii s-a găsit că acupunctura îmbunătățește sistemul imunitar (Lundeberg 1999). Mecanismele posibile includ modificări autonome generalizate sau localizate care reglează sistemul limforreticular în măduva osoasă și splină, sau circulația P - endorfinei, care induce modificări imune prin receptorii de pe leucocite. Încă nu este clar dacă aceste efecte ale acupuncturii sunt relevante clinic.

Dependenta de droguri

Acupunctura și-a câștigat reputația de a ajuta dependenții să se retragă de la droguri. Acupunctura poate reduce producția de dopamină în exces în nucleul accumbens, care este calea comună pentru dependență (Yoon et al 2004). Există, probabil, două efecte clinice separate: o reducere pe termen scurt a simptomelor de sevraj și o îmbunătățire a atitudinii și motivației persoanei, făcându-i mai probabil să participe la serviciile de consiliere și suport adecvate. Studiile care testează doar efectul asupra sevrajului au fost dezamăgitoare, deși au implicat adesea o stimulare inadecvată. Afirmațiile conform cărora acupunctura poate motiva dependenții să se angajeze în programe de tratament convenționale nu au fost încă testate.

Greață și vărsături

Unul dintre domeniile clinice în care studiile clinice controlate ale acupuncturii au fost primele, în mod convingător și repetat, pozitive este greața și vărsăturile, fie ca urmare a sarcinii, intervenției chirurgicale sau chimioterapiei. Aceste studii timpurii au fost urmate de multe altele din diferite centre, confirmând în general efectul. Senzația de greață este un răspuns al centrului emetic și al zonelor receptorilor la o varietate de stimuli. Acupunctura, administrată de obicei într-un punct al încheieturii mâinii (PC6), pe partea superioară a abdomenului (CV12) sau unul sub genunchi (ST36), reduce răspunsul emetic, dar mecanismele precise de acțiune sunt încă necunoscute.

Aplicație clinică

Efectele discutate în acest capitol sunt observate după tratament în punctele majore, mai ales în mâini și picioare, și în special în ST36 chiar sub genunchi. Deși acupuncturii tradiționali chinezi se pare că au folosit individualizat

points according to the patient's history and typology, the evidence suggests that the effects we describe in this chapter are rather generalized responses to acupuncture, and not specific effects of any particular points. The *nature* of m the stimulus (the dose of acupuncture) may well be more relevant than *where* it is given. Auricular acupuncture may be useful for inducing central regulatory effects, as discussed in Chapter 14. X

It is difficult to predict the response of any individual patient, so practi-

Actorii trebuie să învețe să observe cu atenție modul în care pacientul răspunde și să ajusteze doza de acupunctură în consecință. Răspunsurile pot fi puternice, iar practicanții ar trebui să fie conștienți de efectele emoționale nedorite. Pacienții care apar în orice fel instabili din punct de vedere emoțional trebuie tratați cu deosebită atenție și cu atenție, iar un curs de tratament nu trebuie prelungit la acești pacienți dacă starea lor nu se rezolvă rapid.

Pentru a maximiza aceste efecte centrale, pare important să se asigure că sistemul nervos este „amorsat” corespunzător înainte de tratament: aceasta înseamnă că pacientul trebuie să fie relaxat, încrezător, cald și confortabil, dacă este posibil . După introducerea acelor, lăsați pacientul să se relaxeze în liniște timp de 10 până la 30 de minute, fără perturbări.

Multe dintre studiile de laborator care explorează aceste efecte centrale au folosit stimularea electrică a acelor, deși în practica clinică acupunctura manuală este mult mai comună. Poate fi rezonabil să luăm în considerare electroacupunctura dacă nu există niciun răspuns la stimularea manuală. „Șablonul standard de tratament” pentru această abordare ar arăta cam ca cel prezentat în Tabelul 6.1.

Rezumat

Acest capitol descrie mecanismele de acțiune care stau la baza unor efecte benefice ale pungii care nu sunt deja acoperite. Durerea poate avea o componentă afectivă puternică care implică sistemul limbic, iar acupunctura poate influența

TABELUL 6.1
Tratament standard de acupunctură pentru efectele centrale

Variabilă	Tipic tratamentului standard
Puncte	Puncte majore ale membrelor sau, eventual, puncte auriculare
Numărul de ace	Două sau trei bilateral
Adâncimea de inserare	Adânc, de obicei intramuscular (superficial în punctele auriculare)
Stimularea cu ac	Stimulare manuală blândă, o dată sau de două ori; sau uneori stimulare electrică
Răspuns obținut	De qi sau contracția musculară dacă se folosește stimularea electrică
Timp de retenție a acului	10-30 minute

(Atenție: acest tip de tratament poate provoca, de asemenea, somnolență, iar pacienții nu ar trebui să conducă după aceea dacă sunt afectați.)

sistemul limbic. Efectul său asupra componentei afective a durerii este probabil să fie separat de efectul asupra componentei senzoriale care este obținut prin efectele analgezice specifice ale acupuncturii segmentare și extrasegmentare. Acupunctura poate avea alte efecte reglatoare asupra diferitelor funcții, inclusiv starea de spirit și motivația, efectele autonome, hipotalamo-hipofizar-2 axa suprarenală, axa hipotalamo-hipofizo-ovarian și sistemul imunitar.

De asemenea, mecanismele centrale stau la baza rolului acupuncturii în tratarea - dependenței de droguri și a greței și vărsăturilor.

CAPITOL

Puncte de declanșare miofasciale

Cuprins

Introducere 59

Definiţie 61

Incidenţă 62

Etiologie 62

Factori precipitanți și perpetuați 64

Mecanism 65

Caracteristici clinice 65

Diagnostic 70

Tehnici de tratament 73

Prognoză 75

Rezumat 75

După ce ați citit acest capitol, ar trebui să puteți:

- descrieți caracteristicile esențiale ale punctelor de declanșare miofasciale
- enumerați patru criterii de diagnostic majore
- descrieți modelul de trimitere a durerii a două puncte declanșatoare miofasciale.

Introducere

Singurul tip de tratament de acupunctură despre care nu am discutat încă implică examinarea unui mușchi pentru a-și găsi punctul cel mai sensibil și acționarea exact în acel punct. Apoi, el sau ea stimulează acul și îl poate retrage imediat. Uneori, pacientul experimentează o ameliorare imediată a durerii. Credem că acupunctura este eficientă cel mai rapid pentru un anumit tip de punct sensibil numit *punct de declanșare miofascial* (MTrP). Nu este nerezonabil să speculăm că acupunctura ar fi putut fi dezvoltată inițial ca tratament pentru aceste MTrP.

Mușchii formează cel mai mare organ din corp. De obicei, se recuperează rapid după răni, dar ocazional dezvoltă o pată sensibilă și hiperirită,

MTrP. Acest lucru provoacă durere persistentă, care are anumite caracteristici care pot ajuta la distingerea acesteia de alte afecțiuni dureroase. Acest capitol discută toate aspectele MTrP și este capitolul final despre mecanismele acupuncturii medicale occidentale.

Cei doi autori care au adus cea mai mare contribuție la sub-

2 puncte de declanșare sunt Travell și Simons, medici de la reumatol

medii de ogie și management al durerii în medicina convențională (Simons et al 1999 , Travell & Simons 1983, Travell & Simons 1992). Abordarea lor riguroasă a diagnosticului, mecanismelor și tratamentului MTrP le-a stabilit ca o afecțiune clinică și le-a separat de un pachet confuz de diagnostice îndoielnice sau neangajante în tulburările dureroase ale țesuturilor moi, cum ar fi fibrozita, mialgia și reumatismul muscular.

Mulți practicieni din domeniul sănătății nu sunt familiarizați cu MTrP și au dificultăți în a-l accepta ca o condiție. Chiar și medicii specializați în ortopedie sau reumatologie resping adesea durerea MTrP, fie pentru că afecțiunea nu este obișnuită în tipul de pacient pe care îl văd, fie pentru că consideră întregul subiect al durerii țesuturilor moi ca o „zonă gri" constând din diagnostice limită legate de probleme psihologice și îl resping pe totul drept „funcțional".

Există acum o experiență clinică acumulată considerabilă în tratarea MTrP, iar dovezile în sprijinul MTrP ca o entitate clinică autentică sunt marcate de următoarele etape:

- Durerea care apare din mușchi este referită. Într-o serie extinsă de experimente, Kellgren și-a injectat el însuși și colegii săi cu soluție salină hipertonică: injecțiile în majoritatea țesuturilor moi au produs durere locală, dar injecțiile în mușchi au determinat în mod constant ca durerea să fie transmisă la distanță (Kellgren 1938). Acest lucru a fost amplu confirmat în multe studii de atunci.
- MTrP-urile generează continuu activitate electrică spontană de foarte joasă tensiune (Hubbard & Berkoff 1993).
- Diagnosticul MTrP poate fi făcut în mod fiabil de către examinatori orbi - dacă sunt instruiți corespunzător (Gerwin et al 1997).
- A fost propusă o ipoteză pentru un mecanism (Mense & Simons 1999).
- MTrP-urile arată o densitate mai mare de imunoreactivitate la substanța P (un - neurotransmițător nociceptiv) în comparație cu mușchiul normal (De Stefano și colab. 2000).
- Locația precisă a MTrP poate fi identificată în mod fiabil de doi examinatori independenți (Sciotti et al 2001).
- Lichidul extracelular care înconjoară un MTrP și colectat prin micro-dializă (Shah și colab. 2005) conține concentrații mai mari decât cele normale ale mai multor compuși nociceptori cunoscuți care sensibilizează fibrele nervoase cu prag înalt din mușchi. Acești compuși includ protoni (H +), bradikinină, peptidă legată de gena calcitoninei, substanța P, factor de necroză tumorală -a , interleukina 1- b , serotonina și noradrenalina (norefinefrină).

Mulți practicieni descoperă MTrP-urile doar atunci când învață acupunctura;

 unii o descriu ca pe o revelație în practica lor medicală, mai ales la primar

îngrijire, deoarece acum sunt capabili să diagnosticheze și să trateze mulți pacienți care anterior erau clasificați în mod destul de nesatisfăcător drept „funcționali” și, probabil, respinși ca imposibil de diagnosticat sau tratat.

Deși MTrP-urile au fost descrise de Travell și Simons în contextul medicinei convenționale, ele par să se coreleze destul de bine cu aspectele acupuncturii tradiționale chineze. Punctele de declanșare obișnuite sunt adesea situate în punctele de acupunctură cunoscute, iar un studiu de reper a găsit o corelație de 100% între MTrP și punctele de acupunctură (Melzack și colab. 1977). Acupuncturii tradiționali folosesc puncte *ah shi* de mulți ani: un punct *ah shi* este unul care, atunci când este apăsat, face pacientul să strige involuntar *ah shi,* ceea ce înseamnă „Oh, da!”. (' ... asta este durerea mea'). În plus, multe dintre meridianele tradiționale de acupunctură sunt izbitor de asemănătoare cu tiparele de durere referită din punctele de declanșare.

MTrP-urile sunt un exemplu al modului în care pot fi integrate cele mai bune abordări complementare și convenționale; un pas semnificativ înainte în îngrijirea pacientului.

Definiţie

Travell și Simons au definit un MTrP ca un „loc hipersensibil într-o bandă încordată de mușchi scheletic, situat în țesutul muscular sau fascia asociată acestuia” (Travell & Simons 1983).

Un MTrP este un locus hipersensibil într-o bandă încordată de mușchi scheletic.

Caracteristicile clinice esențiale ale unui MTrP sunt:

- o bandă întinsă poate fi palpată în interiorul burtei mușchiului
- o parte din banda întinsă este foarte fragedă
- apăsarea acelui punct sensibil provoacă durere pe care pacientul o recunoaște
- mișcarea articulației care întinde mușchiul este restricționată de durere.

Presiunea asupra unui MTrP reproduce durerea pacientului atunci când este apăsată.

Un MTrP poate fi *activ* și poate provoca rigiditate și durere, sau *latent* și poate provoca rigiditate fără durere. Un MTrP activ poate fi inactivat prin tratament, iar un MTrP latent poate fi activat de un număr de factori precipitanți, descriși în Mecanisme.

MTrPs tind să apară în poziții destul de constante în interiorul mușchilor, de exemplu marginea anterioară a fibrelor superioare ale trapezului (Fig. 7.1). Diagramele noastre marchează punctul de declanșare cu hașuri încrucișate (cu mișcări lungi în direcția fibrelor) și durerea fie în culoare, fie cu hașura încrucișată.

Multe puncte din corp sunt sensibile: doar MTrP-urile au trăsăturile caracteristice.

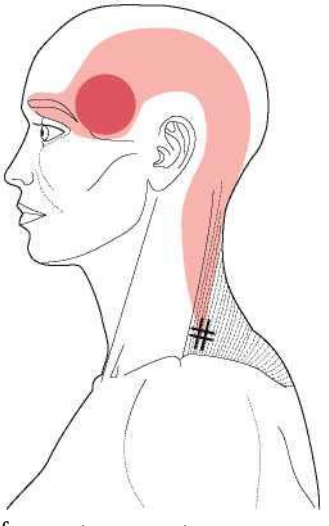


Figura 7.1 Punctul declanșator în fibrele superioare ale trapezului care se referă la durere în principal la gât și regiunea temporală.

Incidenţă

MTrP-urile sunt comune și majoritatea oamenilor dezvoltă unul sau mai multe în timpul vieții . Medicii care au experiență în identificarea punctelor de declanșare ar putea găsi cel puțin un MTrP în aproximativ jumătate din serviciul tânăr sănătos, fără simptome (Sola și colab. 1955). Într-un studiu în asistența medicală primară, MTrP au fost găsite la 30% dintre pacienții care consultau pentru durere (Skootsky et al 1989). Cu toate acestea, în realitate, nu este probabil ca ele să fie cauza *principală* a durerii la fel de frecvent ca aceasta.

Etiologie

MTrP-urile pot fi cauzate de leziuni sau încordări musculare, dar pot apărea, de asemenea, secundar altor afecțiuni dureroase. O tulpină care provoacă un MTrP la un pacient poate să nu deranjeze un al doilea pacient - sau chiar același pacient într-un alt moment, ceea ce sugerează că există și alți factori care fac ca MTrP să se dezvolte mai probabil. Aceiași factori le pot împiedica vindecarea.

Puncte de declanșare miofasciale de la încordarea musculară acută sau cronică

Punctele declanșatoare pot apărea rapid în câteva zile după o încordare acută a mușchiului sau pot apărea insidios în urma unei încordări cronice.

Majoritatea MTrP sunt cauzate de leziuni musculare - acute sau cronice.

Cea mai frecventă încordare acută apare atunci când mușchiul este supraîncărcat, de exemplu de la ridicarea a ceva prea greu sau într-un unghi incomodar. Un mușchi care este vulnerabil la suprasolicitarea bruscă este pectoralul major (Fig. 7.2), de obicei la bărbații tineri cu ocupații grele. Quadratus lumborum (Fig. 7.3), care este esențial în asigurarea sprijinului lateral pentru spate, poate fi tensionat cu ușurință ridicând o greutate cu o singură mână. În aceste cazuri, debutul durerii este de obicei rapid.

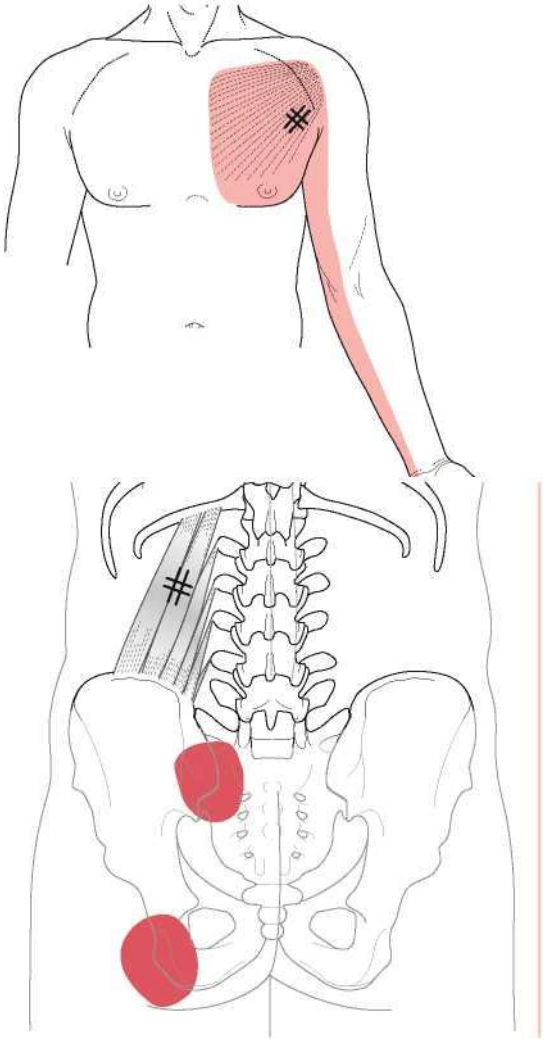


Figura 7.2 Punctul miofascialtrigger în pectoralul major referitor la durere la piept și braț.

Durerea miofascială cu debut treptat este probabil cauzată de o încordare cronică cumulativă. Acest lucru este obișnuit, de exemplu, la trapez când multe ore sunt petrecute într-o postură de lucru proastă. O anomalie posturală, cum ar fi cifoza sau scolioza, exercită o presiune suplimentară asupra mușchilor trunchiului (de exemplu, quadratus

lum borum) sau gâtului (de exemplu, trapez). Tensiunea mentală constantă poate produce, de asemenea, contracție musculară prelungită: de exemplu, umerii strâns cocoșați pot determina dezvoltarea MTrP în mușchii gâtului, în special în trapez.

Foarte ocazional, leziunea directă a mușchiului poate da naștere la un MTrP, de exemplu atunci când acesta este comprimat pentru o perioadă lungă de timp (de exemplu, stând pe un scaun unde marginea din față comprimă ischiochimbiolarele).

Din cauza modului în care MTrP sunt cauzate de leziuni, acestea sunt adesea unilaterale, deși acest lucru nu este întotdeauna evident la cei care se dezvoltă în mușchii coloanei vertebrale.

MTrP primare sunt de obicei unilaterale.

Alte cauze ale punctelor de declanșare miofasciale

MTrP-urile se pot dezvolta în condiții dureroase și apoi pot cauza probleme suplimentare pacientului. Aceasta este denumită durere miofascială secundară. De exemplu, artrita șoldului este asociată cu MTrP în mușchii fesieri, iar MTrP se pot dezvolta în pectoralul major după infarctul miocardic. Acest lucru poate duce la o imagine clinică confuză, deoarece două diagnostice pot fi implicate pentru un set de simptome. Este important să se diagnosticheze starea inițială și să se acorde un tratament definitiv, dar poate fi de asemenea util să se trateze MTrP.

Există o relație puternică între viscerele abdominale și mușchii peretelui abdominal, prin intermediul sistemului nervos. MTrPs se pot dezvolta în peretele mușchilor abdominal după o afecțiune acută, cum ar fi gastroenterita și, ulterior, poate provoca durere și alte simptome, cum ar fi diareea, chiar dacă starea inițială s-a soluționat.

Diagnosticul unui MTrP nu este complet până când nu este identificată o cauză subiacentă (fie o vătămare sau o altă afecțiune).

Ori de câte ori apare durere, inclusiv afecțiuni grave, cum ar fi cancerul, poate apărea și un MTrP și poate încurca diagnosticul. Prin urmare, nu putem sublinia prea mult importanța punerii unui diagnostic convențional.

Factori precipitanți și perpetuați

Uneori, istoricul rănilor pare a fi prea banal pentru a fi produs un MTrP, caz în care mușchii ar fi putut fi într-o stare deosebit de vulnerabilă. Acest lucru se poate întâmpla din mai multe motive:

- Emoțional: stres și anxietate, entuziasm
- Fizice: epuizare, fitness musculară slabă din cauza lipsei de exercițiu sau a expunerii la frig
- Metabolice: stare nutrițională slabă, niveluri scăzute de vitamine, hipotiroidism sau infecție cronică.

Acești factori care precipită un MTrP îl perpetuează și, de asemenea, vor interfera cu răspunsul la tratament. Este posibil să fie necesar să fie corectate înainte ca tratamentul să poată fi de succes și de durată.

Factorii emoționali, fizici sau metabolici pot perpetua un MTrP.

Mecanism

Un MTrP este cel mai bine privit ca o tulburare fiziopatologică, mai degrabă decât una pur patologică, așa că „mecanism" este un termen mai potrivit decât „patologie". Un MTrP se simte destul de dur și este surprinzător că microcopie ale specimenelor de biopsie arată puțin mai mult decât o distanță crescută între fibre, o mică infiltrație de leucocite și o anumită contracție a sarcomerelor individuale.

Majoritatea cercetărilor privind mecanismele MTrP s-au concentrat mai degrabă pe fibrele musculare decât pe fascia de deasupra și aceasta este abordarea pe care o reflectăm aici. Cu toate acestea, este important să rețineți că MTrP-urile pot implica fascia și numele „miofascial" a fost introdus inițial deoarece durerea a fost produsă de stimularea fasciei, precum și a mușchiului.

Activitatea electrică a fost detectată din ace de electromiografie (EMG) plasate la 1 mm de MTrP (Hubbard & Berkoff 1993). Această activitate apare în plăcile terminale ale mușchilor și este numită „potențiale miniaturale ale plăcii terminale" (MEPP). Ea arată efectul eliberării pachetelor de acetilcolină (ACh) într-un mod anormal. Această eliberare persistentă de ACh este markerul de bază al unui MTrP. Simons (Mense & Simons 1999) a propus o ipoteză (Fig. 7.4) în care trauma plăcii terminale declanșează următoarea secvență:

- Eliberare susținută de ACh
- Inhibarea pompei de calciu
- Placa terminală se depolarizează într-un mod necoordonat, potențialul nu este propagat de-a lungul peretelui celular al mușchilor
- Contractura locală a sarcomerelor în imediata vecinătate a plăcilor terminale
- Scurtarea musculară.

Deși aceasta este încă o ipoteză și nu este încă un mecanism stabilit, una dintre predicțiile care decurg din aceasta a fost susținută în experimente ulterioare : există o acumulare de transmițători nociceptivi în jurul unui MTrP (Shah et al 2005).

Caracteristici clinice

Prezentarea simptomelor

Pacienții cu MTrP activi prezintă de obicei o durere profundă sau durere. Mai rar, ele prezintă rigiditatea asociată sau restricția de mișcare. Simptomele pot varia foarte mult ca severitate - atât între diferiți pacienți, cât și în timp la același pacient - adesea fără un motiv evident.

Durerea MTrP este de obicei profundă și dureroasă și fluctuează fără un motiv aparent.

Durerea este de obicei îndreptată departe de MTrP, iar zona dureroasă poate să nu includă chiar MTrP. De exemplu, trapezul se referă la durere

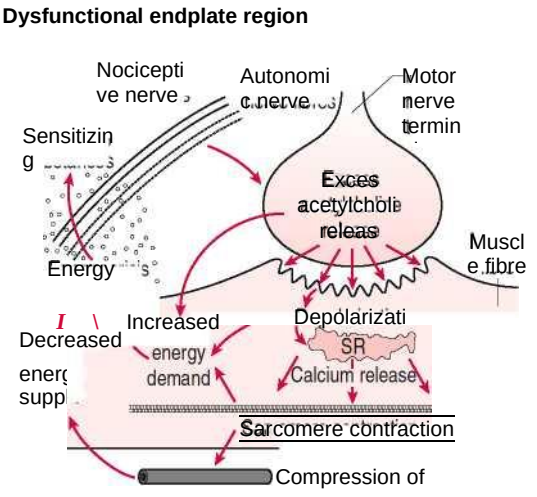


Figura 7.4 Ipoteza integrată a mecanismului punctului miofascialtrigger. Disfuncția primară ipotezată aici este o creștere anormală (cu mai multe ordine de mărime) a producției și eliberării pachetelor de acetilcolină din terminalul nervos motor în condiții de repaus. Numărul mult crescut de potențiale miniaturale ale plăcii terminale (MEPP) produce zgomot plăcii terminale și depolarizare susținută a membranei postjoncționale a fibrei musculare. Această depolarizare susținută ar putea provoca o eliberare continuă și o absorbție inadecvată a ionilor de calciu din reticulul sarcoplasmatic (SR) local și poate produce scurtarea (contractura) susținută a sarcomerelor. Fiecare dintre aceste patru modificări evidențiate ar crește cererea de energie. Scurtarea susținută a fibrelor musculare comprimă vasele de sânge locale, reducând astfel rezervele de nutrienți și oxigen care satisfac în mod normal cerințele energetice ale acestei regiuni. Cererea crescută de energie în fața unei aprovizionări de energie afectate ar produce o criză energetică locală, care duce la eliberarea de substanțe sensibilizante care ar putea interacționa cu nervii autonomi și senzoriali (unii nociceptivi) care traversează acea regiune. Eliberarea ulterioară a substanțelor neuroactive ar putea, la rândul său, să contribuie la eliberarea excesivă de acetilcolină din terminalul nervos, completând ceea ce devine apoi un cerc vicios autosusținut. (Reprodus cu permisiunea de la Simons DG, TravellJ G, Simons LS 1999 Travelland Simons' Myofascialpain and dysfunction: the trigger point manual. Volumul 1. Jumătatea superioară a corpului. Ed. a 2-a. Williams & Wilkins, Baltimore.)

gât și cap și poate exista puțină durere la locul MTrP. Modelul de referire a durerii pentru fiecare mușchi este rezonabil de consistent, așa că o descriere precisă este importantă în identificarea MTrP (Simons și colab. 1999, Travell & Simons 1983).

Tiparele amintesc adesea de „canalele” acupuncturii tradiționale chineze și ar putea fi același fenomen (Hong 2000). De exemplu, MTrP în trapez este în locația GB21, iar zona de referință a durerii este remarcabil de similară cu canalul vezicii biliare, așa cum se arată în Figura 7.5 .

Modelul durerii poate dezvălui locația MTrP.

Pacienții cu MTrP foarte activi prezintă un tablou clinic caracteristic: durerea este profundă, captivantă și neîncetată; pacientul este neliniștit, continuu

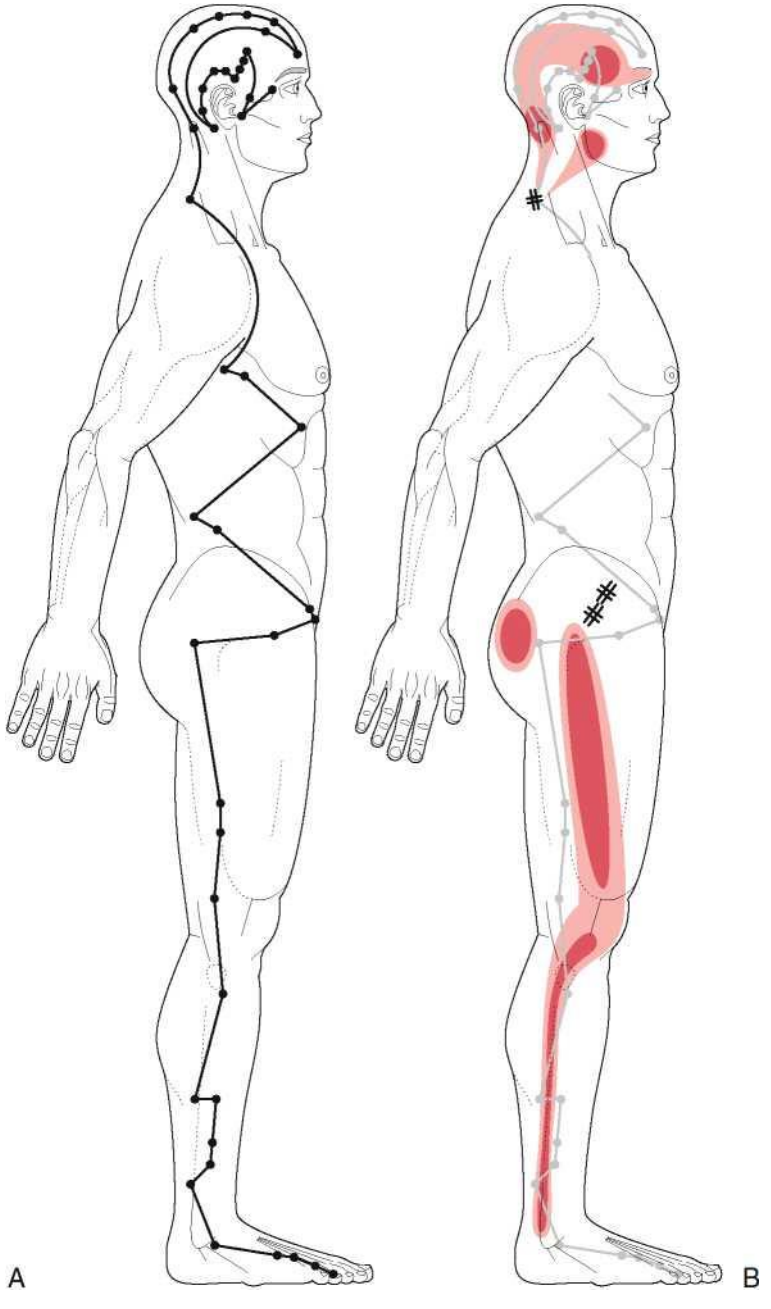


Figura 7.5 Corelația dintre punctele de declanșare și punctele de acupunctură. (A) Punctul de declanșare din fibrele superioare ale trapezului este echivalent cu punctul clasic GB21 și se referă la durerea din jurul gâtului și al capului într-un mod remarcabil de similar cu meridianul GB. (B) Punctele de declanșare în gluteus minimus sunt apropiate de GB30 și GB31 (permițând variații datorate poziției pacientului) și trimit durerea de la picior până la gleznă, într-un model care este foarte apropiat de descrierea clasică a meridianului GB.

apăsarea adâncă și puternică în zona dureroasă sau întinderea părții afectate pentru a încerca să ușureze durerea. Mișcarea poate ușura durerea și pacienții pot chiar să meargă pe străzi noaptea în încercarea de a scăpa de durere. Dacă pacientul se poate odihni în pat, durerea poate fi restabilită dacă mușchiul este scurtat. De exemplu, un pacient cu un MTrP în pectoralul major stâng care doarme pe o parte cu brațul stâng îndoit peste piept este probabil să se trezească cu durere de la mușchiul scurtat. Pacienții ar putea să stea sau să se întindă într-o postură nenaturală pentru a menține mușchiul într-o poziție prelungită - „poziția de ușurință". Pacienții încearcă adesea să amelioreze durerea cu un duș sau o baie fierbinte.

Durerea de la un MTrP acut poate simula o urgență medicală sau chirurgicală.

MTrP-urile mai puțin active produc o imagine clinică mai puțin dramatică: durerea și rigiditatea par similare în multe privințe cu imaginea osteoartritei - care adesea coexistă. Durerea este adesea profundă și dureroasă în natură, iar rigiditatea este mai gravă după imobilizare și ușurează cu exercițiul.

Istorie: interogare directă

Este important să se obțină un istoric precis al accidentării în cazurile cu debut brusc și detalii despre tiparul de lucru în cazurile cu debut insidios. Factorii agravanți și de ameliorare pot ajuta la stabilirea mușchilor care conține MTrP. Durerea cauzată de MTrP este adesea mai accentuată pe vreme rece, în momente de stres și anxietate și, în mod anecdotic, chiar înainte sau în timpul menstruației.

Câteva MTrP au simptome patognomonice, cum ar fi senzația de înțepătură superficială pe bărbie și față de la MTrP din platism. Practicienii interesați le pot descoperi cu experiență, atâta timp cât păstrează mintea deschisă cu privire la cauza simptomelor „peculiare" și păstrează la îndemână o copie a unei cărți de referință detaliate, cum ar fi manualul Travell și Simons.

Istoric: alte simptome

Ocazional, simptomele autonome domină tabloul clinic: de exemplu , un MTrP în mușchiul sternomastoid provoacă mai degrabă amețeli și dezorientare decât durere.

Scurtarea și umflarea unor mușchi duce la presiune asupra nervilor din apropiere și produce simptome de prindere a nervilor. De exemplu, un MTrP în piriform poate comprima nervul sciatic pe măsură ce trece prin foramenul sciatic mai mare. Pacientul se poate plânge nu numai de durere într-un model tipic de trimitere, ci și de parestezii și amorțeală la nivelul piciorului, așa cum se arată în Figura 7.6 . Această combinație de simptome este ușor confundată cu sciatica cauzată de compresia rădăcinii nervoase.

Puncte declanșatoare și dureri ale coloanei vertebrale

MTrP-urile provoacă de obicei dureri ale coloanei vertebrale sau cel puțin contribuie la aceasta. Durerea lombară poate fi produsă de MTrP în mușchii diferitelor grupe paravertebrale (multifidi, grup longitudinal, mușchi suplimentari, cum ar fi quadratus).

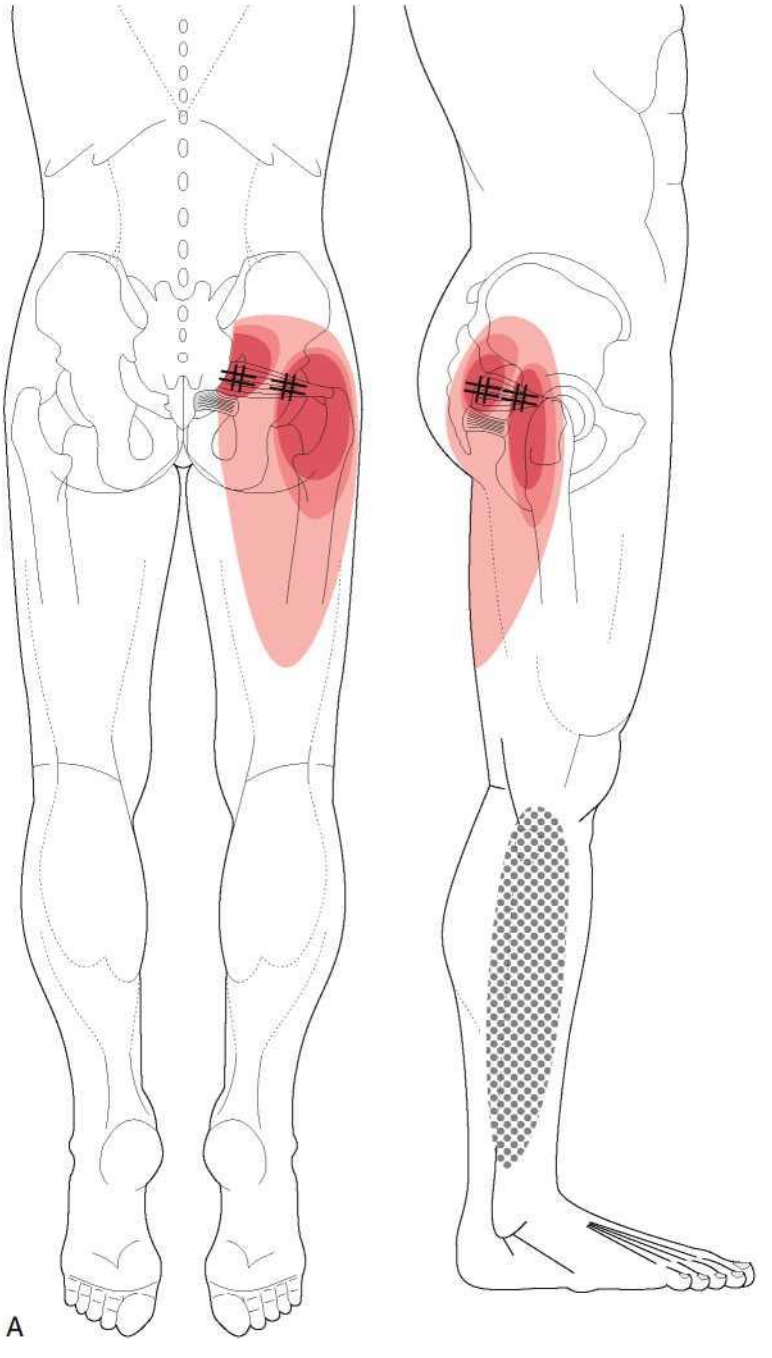


Figura 7.6 Această figură prezintă punctele de declanșare în secțiunile laterale (A) media și (B) ale mușchiului piriform, ceea ce poate duce la scurtarea mușchiului. Această scurtare comprimă nervul sciatic provocând parestezii în partea inferioară a piciorului. Punctul important de remarcat este că paresteziile la nivelul piciorului nu sunt cauzate invariabil de leziuni ale rădăcinii nervoase.

lumborum) sau centura șoldului, cum ar fi piriformis. Durerea de gât poate fi cauzată de MTrP în mușchii gâtului sau în mușchii centurii scapulare, cum ar fi trape zius. Pacienții cărora li s-a spus că filmele lor cu raze X arată „schimbări degenerative" pot avea de fapt dureri care se datorează MTrPs.

MTrPs pot imita alte afecțiuni medicale.

Diagnostic

Un diagnostic convingător al unui MTrP poate fi făcut atunci când următoarele caracteristici sunt găsite în istoric și examinare:

- O istorie de durere care fluctuează fără un motiv întemeiat
- O bandă întinsă în mușchi
- O zonă de sensibilitate în banda întinsă
- Durerea pacientului reprodusă prin presiunea asupra zonei sensibile
- Întindere pasivă a mușchiului restrânsă de durere.

Examinarea corectă a MTrP necesită o bună cunoaștere a anatomiei, iar mulți acupunctori consideră că trebuie să reînvețe atașamentele și funcțiile mușchilor.

Palpare

Este important să puteți identifica un MTrP prin palpare, să faceți diagnosticul și să îl puneți exact. Este extrem de important să trageți degetele *peste* mușchi, în unghi drept față de fibre. Mulți clinicieni sunt obișnuiți să simtă prin mușchi până la structura de mai jos: aceasta este una dintre rarele ocazii în care fibrele musculare înseși sunt de interes.

În primul rând, pregătiți și poziționați pacientul astfel încât mușchiul să fie:

- nu tensionat - pacientul trebuie să fie cald, relaxat și confortabil, cu partea bine sprijinită. Aceasta implică de obicei tratarea pacientului întins, cu perne pentru sprijin
- accesibil - un membru ar putea fi așezat într-o anumită poziție; de exemplu, pectoralul major din peretele axilar anterior poate fi examinat complet numai cu brațul abdus; quadratus lumborum poate fi accesat doar cu pacientul culcat pe partea opusă, cu piciorul coborât chiar pe canapea pentru a deschide unghiul dintre coaste și creasta iliacă
- lungimea potrivită - dacă fibrele sunt complet întinse, banda întinsă poate să nu fie palpabilă, dacă este complet scurtată, cea mai mare parte a mușchiului ascunde MTrP. Lungimea adecvată este atinsă prin mișcarea membrului, de exemplu mărirea sau scăderea abducției brațului la examinarea pectoralului mare.

Examinați MTrP prin trasarea degetelor peste fibrele musculare.

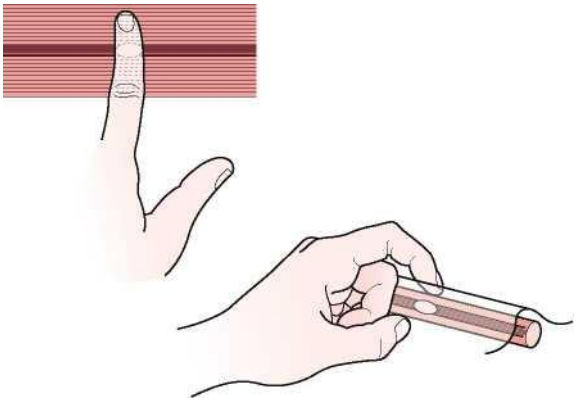


Figure 7.7 Diagrams showing flat palpation of myofascialtrigger points and pincer palpation when the muscle belly can be encircled with the fingers.

Există două tehnici de palpare: plată sau clește (vezi Fig. 7.7). În ambele cazuri, degetele sunt trase peste fibre. Palparea plată este potrivită pentru majoritatea mușchilor, cum ar fi quadratus lomborum sau porțiunea medială a pectoralului mare. Dar dacă o parte a mușchiului poate fi ridicată de structurile subiacente - de exemplu, trapezul superior, porțiunea laterală a pectoralului major în pliul axilar anterior sau marele mare și latissimus dorsi în pliul axilar posterior - degetele și degetul mare ale examinatorului înconjoară mușchiul și palpează ușor și sistematic vârful degetului și vârful degetului. Nu durează mult să înveți să recunoști densitatea normală a fibrelor musculare și să identifici „banda întinsă" mai groasă și mai dură, ca o frânghie care parcurge lungimea mușchiului.

După ce ați identificat banda, apoi examinați-o cu atenție pentru a găsi un loc sensibil, care este MTrP în sine, de obicei aproximativ la mijloc. În cele din urmă, apăsați pe locul sensibil timp de aproximativ 5 secunde și întrebați pacientul ce simte. Cel mai bun răspuns este: „Aceasta este durerea mea", adică recunoașterea durerii. Aveți grijă să nu sugerați că acesta este răspunsul pe care îl doriți, deoarece unii pacienți vor fi dornici să vă mulțumească. Durerea pacientului este, de asemenea, probabil să fie reprodusă prin acţionare.

Examinarea forțată poate agrava MTrP.

Răspuns Twitch

Punctele declanșatoare pot prezenta un alt semn clinic la palpare - răspunsul de contracție - dar rețineți că acest lucru poate fi dureros și nu este necesar pentru diagnostic. Este produsă prin palparea „snapping", care implică o tragere mai fermă sau o ajustare a fibrelor, mai degrabă ca și cum ați vibra o coardă de chitară în mișcare lentă. Apare ca o scurtă zvâcnire sub piele, în conformitate cu MTrP. Nu implică întregul mușchi, ca un reflex de tendon, și ar trebui să fie distinsă de efectul pur și simplu de rupere a marginii musculare. Răspunsuri Twitch

trebuie generate în timpul tratamentului cu ac, deoarece sunt considerate un semn că tratamentul este probabil să fie eficient.

Un răspuns de convulsii, cu recunoașterea durerii, de la acul este probabil să indice un rezultat favorabil.

Dificultăți în examinarea punctului de declanșare miofascial

Palparea nu este întotdeauna simplă. În mușchii mai adânci, cum ar fi piriformis, MTrP nu este accesibil. În aceste cazuri, este importantă o anamneză atentă și o examinare pentru limitarea intervalului de mișcare și slăbiciune. În plus, comparați cele două părți: MTrP-urile sunt în general unilaterale, cel puțin în stadiile incipiente. Palparea precisă este dificilă la pacienții care sunt obezi.

Durerea MTrP este de obicei limitată la o parte (sau la linia mediană).

Pacienții au rareori un singur MTrP; alți mușchi din apropiere sunt, de asemenea, susceptibili de a dezvolta MTrP. Este important de reținut că atât zona țintă, cât și - punctul declanșator pot fi sensibile: numai MTrP are banda întinsă, nodul sensibil și recunoașterea durerii la presiune. Atunci când practicienii încep pentru prima dată să examineze mușchii , adesea întâmpină dificultăți în a face distincția între punctele sensibile (de multe ori sunt multe) și MTrP (de obicei sunt puține). Cheia succesului este să vă concentrați pe dezvoltarea sentimentului pentru o trupă încordată. Diagnosticul devine mai ușor cu experiență și practică, dar uneori pur și simplu nu este posibil să fii sigur dacă un anumit punct sensibil este originea durerii. În acest caz, este pe deplin justificat să tratăm acest aspect în mod speculativ, dar cu atenție, ca pe un „ proces terapeutic”.

Sensibilitatea zonei de referință a durerii poate fi o distragere a atenției: MTrP-ul în sine trebuie găsit.

Diagnostic diferenţial

Suspectați un MTrP dacă tabloul clinic sugerează o afecțiune musculo-scheletică (adică este legată de activitate), dar nu se potrivește exact cu un alt diagnostic clinic . Simptomele anormale care sunt adesea etichetate „atipice” sau „idiopatice” ar putea fi cauzate de MTrP, de exemplu durerea facială atipică. Mai multe condiții pot da naștere durerii MTrP care persistă și pot cauza dificultăți în diagnosticarea unei probleme cronice, așa cum se arată în Tabelul 7.1 .

Investigatii

Nu există investigații care să poată ajuta la diagnosticarea MTrP. Termografia a fost sugerată, dar ulterior respinsă ca fiind nesigură. Ecografia și RMN nu au dezvăluit, până acum, nicio caracteristică de diagnostic. Electromiografia poate fi diagnostică, dar este relevantă doar ca instrument de cercetare. Analizele de sânge sunt

TABLE 7.1

Myofascialtrigger points that develop secondary to medicalconditions and produce a similar clinicalpicture

Original condition	Persistent functional diagnosis	Muscles typically involved	Somatovisceral symptoms
Myocardial infarction	Post-infarction pain	Pectoralis major	Chest pain
Oesophagitis	Chronic epigastric pain	Rectus abdominis	Epigastric burning pain, nausea, anorexia, vomiting
Gastroenteritis	Irritable bowel syndrome	Rectus abdominis, internal obliques and external obliques	Pain, diarrhoea, constipation, bloating
Cystitis	Chronic cystitis	Lower rectus abdominis	Lower abdominal pain and frequency of micturition
Dysmenorrhoea	Chronic pelvic pain	Lower rectus abdominis	Cramping lower abdominal and pelvic pain

fără valoare, cu excepția faptului că pot fi utile pentru a exclude hipotiroidismul dacă acest lucru este suspectat clinic, deoarece poate provoca rezistență la tratament.

Tehnici de tratament

Punerea cu ac nu este singura modalitate de a trata MTrP, dar este rapidă și eficientă. Această secțiune nu este destinată în sine să ofere suficiente informații pentru a ghida tratamentul cu ace: detalii complete despre tehnicile de ace sunt oferite în Capitolul 12. Există patru abordări generale ale MTrPs de ace:

1. Acul direct profund, ceea ce înseamnă introducerea acului direct în MTrP în sine. Acest lucru este rapid și eficient pentru MTrP acute. Practicantul trebuie să cunoască anatomia locală pentru a evita vătămările grave. Foarte adesea MTrP nu este situat pe prima împingere a acului și sunt necesare împingeri repetate, răspândindu-se într-un model asemănător evantaiului din punctul de inserare a pielii (numit „lift și împingere în formă de evantai”) (Fig. 12.2). Acul direct pare să aibă un efect local, dar nu este clar exact ce este acesta: poate pur și simplu perturba fizic unitatea disfuncțională și poate provoca vasodilatație locală, care ajută la vindecarea țesuturilor.
2. Acul superficial, care este pur și simplu introducerea acul în țesuturi exact peste locul MTrP. Când utilizați această metodă, este esențial ca toate MTrP sensibile să fie tratate împreună în ședința de tratament și ca tratamentul să fie repetat până când nu mai sunt sensibile.

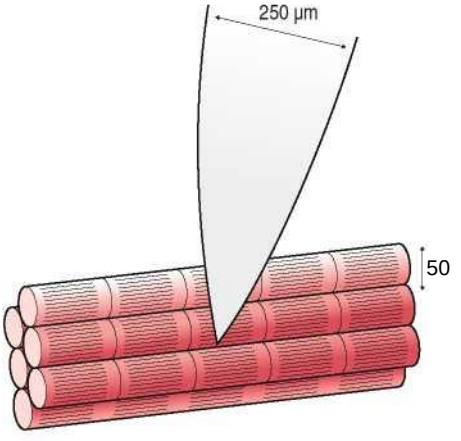


Figura 7.8 Vârful acului de acupunctură în raport cu fibrele musculare scheletice, desenat la scară.

Mecanismul acestui efect este necunoscut și nu se bazează pe conexiuni anatomice evidente, deoarece pielea de deasupra are de obicei o inervație diferită de MTrP. Este foarte acceptabil pentru pacienți și este puțin probabil să provoace reacții. Este deosebit de util pentru tratarea MTrP situate într-o zonă anatomică în care acţionarea profundă prezintă un risc în exces, de exemplu în gâtul anterior sau doar medial faţă de scapula.

3. Punctele de acupunctură clasică chinezească locale pare să aibă un anumit efect asupra MTrP, din observația clinică.
4. Electroacupunctura (vezi capitolul 12) este utilizată în principal pentru tratarea MTrP cronice. Introduceți un ac în MTrP, celălalt la câțiva centimetri de-a lungul benzii MTrP.

După aplicarea MTrP, cereți pacientului să miște partea afectată prin întreaga sa gamă de mișcare, încet și deliberat, pentru a obține o întindere ușoară. Acest lucru ajută la inactivarea MTrP și la reeducarea atât a mușchiului, cât și a proprietarului acestuia, că scurtarea musculară a fost abolită și gama de mișcare este normală. În același timp, avertizați pacienții să nu supraîncărcați mușchiul.

După acționare, întindeți mușchiul încet - dar nu îl supraîncărcați.

Pacienții trebuie, de asemenea, avertizați că pot simți dureri în mușchi timp de câteva ore după tratament și pot folosi o sticlă cu apă caldă, baie, duș sau medicamentele lor analgezice obișnuite pentru ameliorare. Analgezicele simple par mai eficiente decât antiinflamatoarele nesteroidiene.

Aceste recomandări cu privire la acul se bazează pe experiența clinică, deoarece există puține cercetări definitive privind tehnicile de tratament. Unii practicieni, în special în America, injectează MTrPs cu anestezic local, soluție salină, steroizi sau toxină botulină, dar o revizuire sistematică a constatat că niciuna dintre acestea nu a fost superioară pungii uscate (Cummings & White 2001). Toxina botulinică are un avantaj teoretic, deoarece blochează eliberarea de acetilcolină și astfel poate „închide” mecanismul patologic al MTrP la sursă, dar precoce.

studiile au fost dezamăgitoare. Alte terapii fizice care ar putea funcționa pentru MTrP includ masajul profund și întinderea de diferite tipuri.

w

Prognoză

X

MTrP cu debut recent, limitate la un singur mușchi și nu excesiv de active, pot răspunde foarte rapid la injectarea cu ac, posibil chiar și la un singur tratament. Cu toate acestea, atunci când MTrPs s-au dezvoltat în mai mulți mușchi dintr-un grup și au fost prezenți de mai mult de aproximativ 6 luni, tratamentul trebuie repetat săptămânal timp de câteva săptămâni și este posibil ca pacienții să fie nevoiți să lucreze din greu la exerciții active de întindere între tratamente pentru a consolida efectul acului. Chiar și așa, MTrP-ul poate să nu se disipeze permanent, ci să revină la a fi un MTrP latent.

Un pacient poate reduce probabilitatea de a reactiva MTrP latente continuând o rutină zilnică de întindere, menținând mușchii cald și evitând supraîncărcarea, care include corectarea tensiunilor ergonomice sau posturale subiacente.

Este interesant de observat că unii pacienți care au avut o terapie cu MTrP de succes simt o îmbunătățire majoră a bunăstării lor generale. Limitarea fizică, durerea și tulburările de somn cauzate de MTrP au avut efecte adverse asupra vieții lor în moduri pe care nu le-au recunoscut până când au fost tratați. Acest fapt poate contribui la îmbunătățirea stării de bine, care este frecvent raportată ca un beneficiu general după tratamentul cu acupunctură.

Rezumat

MTrP-urile apar atunci când un mușchi sau fascia asociată nu se vindecă după o leziune și ar trebui să fie distinse de alte puncte sensibile. Durerea MTrP este probabil subdiagnosticată din cauza lipsei de conștientizare a stării. S-au acumulat suficiente dovezi clinice și științifice pentru ca acesta să fie luat în considerare într-un diagnostic diferențial.

Cauza MTrP este, de obicei, leziunea acută sau încordarea cronică cumulată din cauza problemelor posturale sau a activității repetitive. Ele pot apărea și în alte afecțiuni dureroase, de exemplu în mușchii abdominali din cauza durerii viscerale menționate. Ele apar în poziții relativ fixe în fiecare mușchi.

Anumiți factori precipită și perpetuează MTrP, inclusiv emoții puternice , stări fizice precum epuizarea și anumite afecțiuni metabolice, inclusiv hipotiroidismul.

O ipoteză pentru mecanismul MTrP implică eliberarea susținută de acetilcolină la nivelul plăcii terminale musculare și contracția susținută a sarcomerelor individuale. Acest lucru creează cereri suplimentare de energie, dar împiedică circulația, perpetuând astfel problema și eliberând transmițători nociceptivi.

Pacienții cu MTrP se prezintă de obicei din cauza durerii. Punctul de declanșare poate varia în activitate, de la dureros acut, la durere cronică persistentă la latentă, adică provocând doar rigiditate. Modelul durerii este tipic pentru fiecare punct de declanșare individual și poate ajuta la găsirea punctului. MTrPs contribuie în mod obișnuit la imaginea generală a durerii coloanei vertebrale, indiferent dacă este sau nu o altă patologie

prezent. MTrP-urile provoacă frecvent simptome care imită alte afecțiuni. Caracteristicile clinice predominante ale MTrP sunt banda întinsă palpabilă, sensibilă recunoașterea punctului și pacientului a durerii.

Tratamentul cu acupunctură implică, de obicei, acţionarea profundă şi precisă a MTrP, deşi unii recomandă acţionarea superficială. Electroacupunctura este uneori folosită pentru cazurile cronice, deşi aceasta este singura circumstanță în care acul manual viguros poate fi mai eficient dacă este tolerat de pacient. Pacientul trebuie să pună mușchii afectaţi într-o gamă completă de mișcări după aplicare. Prognosticul este bun, cu condiția ca MTrP să fie tratat precoce și factorii perpetuați să poată fi înlăturați. MTrP cronice pot fi inactivate cu succes cu tratament repetat, dar sunt mai puțin probabil să fie eliminate definitiv.

Lectură în continuare

Baldry PE 2005 Acupunctură, puncte de declanșare și dureri musculo-scheletice. a 3-a edn. Elsevier, Edinburgh

Acest text oferă o explicație detaliată a celor mai frecvente puncte de declanșare miofasciale întâlnite în practică. Autorul recomandă tratamentul prin acul superficial.

Simons DG, Travell JG, Simons LS 1999 Manualul punctului de declanșare. a 2-a edn. Williams & Wilkins, Baltimore

Această pereche de cărți este scumpă, dar este considerată canonul durerii punctelor declanșatoare miofasciale. Plin de detalii grozave și diagrame anatomice minunate pentru a servi drept manual pentru toată viața de practică.

CAPITOL

Acupunctura tradițională chineză reinterpretată

Cuprins

Introducere	77
Originile chineze ale acupuncturii	78
Originile europene ale acupuncturii	79
Evoluția acupuncturii în China	79
Răspândirea la nivel mondial a acupuncturii	80
Teorii tradiționale ale acupuncturii chineze	81
Diagnosticul în medicina tradițională chineză	85
Tratamentul tradițional chinezesc	88
Acupunctura medicală tradițională chineză și occidentală	89
Rezumatul	91

După ce ați citit acest capitol, ar trebui să puteți:

- subliniază originile și fundalul acupuncturii tradiționale chineze
- discutați unele concepte tradiționale și limitările acestora
- descrie de ce acum este nevoie de o reevaluare radicală.

Introducere

Ultimele cinci capitole au descris abordări ale acupuncturii care sunt în concordanță cu vederile actuale asupra corpului. De ce descriem acum vederile tradiționale? Parțial pentru că dorim să adăugăm la discuția despre modul în care acupunctura în medicina tradițională chineză (MTC) s-ar fi dezvoltat în primul rând, parțial pentru că credem că pacienții ar trebui să cunoască baza tratamentului de acupunctură oferit de un practician TCA și, parțial, pentru că credem că ar putea exista aspecte ale ATC care mai au ceva de oferit.

„Acupunctură” (literal, acus = ac + pungere a înțepa sau înțepa, din latină) este un cuvânt european care este o încercare de a reprezenta

„zhen-jiu" chinezesc, care înseamnă „terapie cu ac și moxa" (Birch & w Kaptchuk 1999, Lu & Needham 1980, Schnorrenberger 2003). TCA merită respectul datorat oricărei terapii care are o istorie atât de lungă de abordare consistentă, structurată și academică. Acupunctura și medicina tradițională chineză pe bază de plante rămân tratamentul de elecție pentru unele populații, cel puțin pentru unele afecțiuni.

Dar există o diferență între respect și acceptare fără îndoială. MTC este încă predată și practicată folosind modele și metode care nu au fost actualizate în lumina descoperirilor științifice, așa cum a făcut-o medicina hipocratică. Credem că este o problemă și o slăbiciune. După cum vom vedea, abordarea acupuncturii a fost actualizată continuu timp de secole în lumina noilor informații despre structura și funcția corpului. De ce ar trebui să se oprească acest proces acum? Credem că acupunctura medicală occidentală este pur și simplu cel mai recent capitol dintr-o poveste în evoluție.

În timp ce teoriile chineze ale acupuncturii pot fi atractive și „reale" în sensul explicării aparent a simptomelor, ele par adesea învechite și chiar incorecte pentru cineva instruit în îngrijirea sănătății în era științifică. Învățarea TCA implică suspendarea evaluării critice naturale, ceea ce este puțin probabil ca cineva care este instruit în îngrijirea sănătății să-și dorească să o facă. Acest capitol, care este inevitabil superficial, încearcă să descrie unele dintre conceptele MTC și să sublinieze unele dintre deficiențele acesteia; este o viziune foarte personală.

Originile chineze ale acupuncturii

Ideea că acupunctura a apărut în China cu aproximativ 2000 de ani în urmă este larg acceptată. Cu toate acestea, poate fi doar parțial corect, așa cum discutăm mai jos.

Primul text cunoscut despre acupunctură este Huang Di Nei Jing *Clasicul intern al împăratului galben* (Veith 1949), despre care se spune că datează din 200-100 î.Hr. Această lucrare detaliată descrie sisteme de diagnostic și tratament cu ierburi și ace, deși nu numește puncte de acupunctură. Textul *Clasicului intern al împăratului galben* va fi probabil o compilație de tradiții care au evoluat în anii precedenți (Kaplan 1997). Informația este prezentată sub formă de întrebări puse de împărat și la care s-a răspuns ministrul său, Chhi-Po. Problemele medicale sunt discutate în termeni de viziunea taoistă asupra lumii, care era răspândită la acea vreme. Acest text este considerat canonul fondator al medicinei chineze, mai degrabă în modul în care lucrările lui Hipocrate au fost fundamentul medicinei occidentale (Kaptchuk 1983). Cu toate acestea, spre deosebire de Hipocrate, textul este încă folosit ca ghid de tratament.

Cititorilor moderni le este greu să îmbrățișeze întregul sens al textului din cauza îndepărtării culturii și a conceptelor. Adesea, o explicație intuitivă se dovedește a fi destul de greșită: de exemplu, meridianele ar putea fi considerate drept linii care leagă punctele de acupunctură: totuși, meridianele au venit pe primul loc, deoarece documentele găsite într-un mormânt funerar datând din 168 î.Hr. se referă la un sistem de meridiane, dar nu și puncte (Chen 1997).

European origins of acupuncture

Prehistoric human remains have produced tantalizing evidence that acupuncture may have originated in Europe. Otzi the 'Tyrolean Ice Man' was a hunter whose body was preserved in an Alpine glacier in about 3300 BC, emerging from the melting face in 1991 (Dorfer et al 1998). Otzi's body carries 47 semne de tatuaje, organizate în 15 grupe, în principal pe spate și picioare (Plăcile 6A și B). Tatuajele constau din pete sau linii de cărbune depuse în stratul subcutanat al pielii. Pentru că sunt situate în zone care ar fi acoperite cu haine, și din cauza formei lor, aceste tatuaje nu par să aibă același scop ca majoritatea tatuajelor din acea epocă - decor sau ritual. În schimb, s-a sugerat că au un anumit scop medical și pot fi semne de cauterizare, care este o caracteristică comună a medicinei populare (Nogier 1981).

Dorfer a fost interesat de tatuajele lui Otzi și a fost inspirat să consulte unii experți în acupunctură despre ele (Dorfer et al 1999). După măsurători atente , acești experți au concluzionat că nouă din cele 15 grupuri de tatuaje se află la câțiva milimetri de punctele clasice de acupunctură. Și mai sugestiv , locațiile lor sunt aceleași cu punctele pe care puncturiștii chinezi tradiționali ar fi putut să le folosească pentru a trata afecțiunile medicale pe care filmul cu raze X și alte examinări au arătat că le avea Otzi la momentul morții:

- Punctele meridianului vezicii urinare pe spate și pe picior pentru degenerarea coloanei vertebrale
- Puncte LR8, SP6 si GB pentru o problema intestinala - infestare cu viermi.

Tatuajele lui Otzi, prin urmare, sugerează că un sistem de tratament care a fost remarcabil de similar cu acupunctura chineză a existat în Europa cu mult înainte de orice dovadă a acestuia în China. Deși această interpretare este speculativă, ea contestă ideea că chinezii au avut monopolul acupuncturii.

Evoluția acupuncturii în China

Acupunctura a continuat să evolueze de-a lungul secolelor care au urmat descrierii sale în *Clasicul Intern al Împăratului Galben* , iar în unele zone a fost privită ca terapie de rutină împreună cu ierburi, masaj, dietă și moxibustie (căldură). Pe la sfârșitul primului mileniu, Wang Wei-Yi (987-1067) a construit statui goale din bronz (Plansa 7) care descriu în mod clar punctele de acupunctură ca găuri (Ma 1992). În timpul dinastiei Ming (1368-1644), a fost publicat *Marele Compendiu de acupunctură și moxibustie* , oferind descrieri clare a 361 de puncte care stau la baza acupuncturii moderne.

Acupunctura nu a fost practicată peste tot în China, iar abordarea tratamentului a fost departe de a fi uniformă în toată țara (Birch & Kaptchuk 1999). Au apărut multe teorii ezoterice despre diagnostic și tratament, uneori chiar contrazicându-se, în mare parte din cauza distanțelor mari dintre centre și a lipsei de comunicare care a dus la tradițiile locale. Școlile de acupunctură rivale au încercat să-și stabilească exclusivitatea și influența.

Interesul pentru acupunctură a scăzut începând cu secolul al XVII-lea, deoarece a devenit considerată superstițioasă și irațională în comparație cu mediul occidental.
cine (Baldry 1993, Ma 1992). Acupunctura a fost în cele din urmă exclusă din (j Imperial Medical Institute, prin decret al împăratului în 1822. Cunoașterea
și abilitățile au fost păstrate, totuși, atât ca interes în rândul academicilor, cât și ca terapie în rândul vindecătorilor din mediul rural. Ultima ignominie pentru acupunctura a sosit în 1929 când a fost scoasă în afara legii, împreună cu alte forme de MTC (Ma 1992).

După instalarea guvernului comunist în 1949, formele tradiționale de medicină, inclusiv acupunctura, au fost reintroduse, posibil atât din mândrie națională, cât și din practic pur: medicina ieftină a fost singurul mijloc de a oferi chiar și niveluri de bază de îngrijire medicală populației masive. Mao Tse-tung a promovat TCM cu cuvintele „Lasă o mie de flori să înflorească ” – deși se spune că Mao însuși a respins acupunctura pentru bolile sale și a folosit medicina occidentală (Basser 1999).

În timpul acestei renașteri a vindecării tradiționale, s-a încercat să se formeze un consens asupra tuturor ramurilor divergente ale medicinei pe bază de plante, acupunctură și moxibustie și să se producă o versiune unificată a MTC (Birch & Kaptchuk 1999). TCM a devenit disponibilă în spitalele în stil occidental din China, deși nu în aceleași departamente ca medicina occidentală. Aproximativ în același timp, au fost înființate institute de cercetare în acupunctură și câțiva cercetători din China au căutat explicații mai raționale ale acupuncturii, cum ar fi Ji-Sheng Han din Beijing, care a întreprins cercetări inovatoare privind eliberarea de neurotransmițători (Han & Terenius 1982).

Răspândirea la nivel mondial a acupuncturii

Prin influența Chinei asupra vecinilor săi, Coreea și Japonia au asimilat acupunctura și medicina pe bază de plante în jurul secolului al VI-lea (Baldry 1993) și ambele țări folosesc încă aceste terapii, adesea în paralel cu medicina occidentală . Acupunctura a ajuns în Vietnam când rutele comerciale s-au deschis în secolele VIII-X. În Occident, Franța a fost una dintre primele țări care a adoptat acupunctura (Kaplan 1997). Rapoartele despre acupunctura au fost aduse înapoi de misionarii iezuiți începând cu secolul al XVI-lea, iar practica a fost îmbrățișată de unii clinicieni francezi. Berlioz, tatăl compozitorului, a condus studii clinice asupra acupuncturii și a scris lucrări despre aceasta în 1816 (Bivens 2000). Stilul francez de acupunctură a fost profund influențat de un diplomat, Soulier de Morant, care a petrecut mulți ani în China și a publicat o serie de tratate pe tema acupuncturii începând cu 1939.

Willem Ten Rhijne a fost primul medic occidental care a scris o descriere a acupuncturii, în aproximativ 1680. A fost medic la Compania Indiei de Est și a fost martor la practicarea acupuncturii în Japonia (Bivens 2000). Mult mai târziu, în prima jumătate a secolului al XIX-lea, a existat o rafală de interes în America și Marea Britanie, iar în literatura științifică au apărut o serie de publicații, inclusiv un articol editorial în Lancet intitulat „acupuncturație” (Anon. 1823). Dar până la mijlocul secolului al XIX-lea, acupunctura nu mai prezenta interes, deși a fost reînviată pentru scurt timp într-o ediție a lui Sir William.

Manualul de medicină al lui Osler (Osler 1912). El a sugerat că acupunctura este cel mai bun tratament pentru lumbago acut și orice ac ar fi potrivit, chiar și acul unei doamne! w

Secolul al XX-lea <

X În 1971, James Reston, un reporter senior pentru *The New York Times* , vizita U China se pregătește pentru vizita președintelui Nixon. A necesitat o intervenție chirurgicală de urgență pentru apendicită, iar în perioada de recuperare a dezvoltat ileus paralitic, care a fost tratat cu acupunctură. El a descris experiența în rubrica sa influentă (Reston 1971) și, ulterior, mai multe echipe de medici americani au făcut tururi de informare în China pentru a evalua acupunctura. Ei au fost deosebit de interesați de utilizarea sa pentru analgezia chirurgicală, deși în cele din urmă au ajuns la concluzia că acupunctura nu este de încredere ca un singur analgezic. Rapoartele lor au stimulat o serie de studii de cercetare, în special în tratarea durerii experimentale la voluntari. Acupunctura a câștigat în cele din urmă un anumit grad de respectabilitate în SUA după concluziile pozitive ale unei conferințe de consens NIH (NIH Consensus Development Panel 1998).

Medici individuali din Marea Britanie au vizitat, de asemenea, China pentru a vedea acupunctura pentru ei înșiși și au făcut un efort persistent pentru a reconsidera explicațiile tradiționale ale acupuncturii în termeni științifici (Baldry 2005a), așa cum se discută în Introducere.

Vom descrie acum pe scurt o selecție a conceptelor tradiționale și vom specula asupra modului în care ar fi putut apărea acestea.

Teorii tradiționale ale acupuncturii chinezești

Contextul acupuncturii tradiționale chineze

Acupunctura a fost practicată în China ca parte a medicinei, împreună cu ierburi, masaj și manipulare alimentară. Probabil că medicii chinezi au avut de a face cu bolile majore tipice comune oricărei civilizații timpurii, inclusiv infecții majore precum tuberculoza, sepsisul acut, meningita și abcesele; tulburări și deformări congenitale; afecțiuni cronice, cum ar fi insuficiența cardiacă sau hiper- și hipotiroidismul; traumatisme și fracturi; precum şi urgenţele chirurgicale acute. Au fost dezvoltate tratamente puternice și invazive și este interesant să comparăm medicina timpurie din Occident, care folosea tratamente drastice, cum ar fi sângerarea și purgația. Apariția produselor farmaceutice active, în special a antibioticelor, a schimbat fața medicinei.

Nu există o singură teorie a acupuncturii tradiționale și chiar și încercarea din anii 1950 de a o unifica în MTC nu reușește să satisfacă toți practicienii. Se pare că unii medici ar trata doar simptomele și semnele, dar alții au vrut să știe și despre constituția individului ca o condiție prealabilă (Kaptchuk 1983). Aceștia ar ține cont de preferințele pacientului pentru un fel de vreme sau altul, culoarea pielii, mâncărurile preferate sau perioada anului de apariție a simptomelor. Boala a fost văzută ca o

parte integrantă și poate inevitabilă a existenței unei persoane, mai degrabă decât o stare w produsă de o singură cauză identificabilă.

Abordările chineze ale acupuncturii folosesc diverse combinații ale următoarelor - concepte de bază.

Z

Anatomie și fiziologie chineză

Este important să meritățm medicilor antici chinezi câteva descoperiri remarcabile; înțelegerea lor asupra structurii și funcției corpului a fost o realizare impresionantă pentru zilele sale, cu mult înaintea anatomiei și fiziologiei occidentale la acea vreme. Ei au oferit câteva perspective excelente, cum ar fi importanța centrală a ficatului pentru metabolismul organismului și (probabil) conceptul de circulație a sângelui. Cu toate acestea, China a fost în mare parte izolată de revoluția științifică din Europa, astfel încât impactul înțelegerii științifice a anatomiei și fiziologiei asupra MTC a fost foarte limitat (Kendall 2002).

Pe scurt, chinezii au considerat că fiziologia umană constă în interacțiunea a trei substanțe vitale - *qi* , sânge și fluide corporale. Qi-ul este cel mai fundamental dintre acestea: oamenii s-au născut cu „qi-ul ereditar", care este stocat în rinichi și întreținut de alimente și aer, astfel încât să poată circula pentru a hrăni și apăra organismul. Când qi devine „patologic" – deficiență, stagnare, rebeliune de exemplu – atunci apar simptomele și urmează boala. Cu riscul simplificării excesive, deficiența qi-ului înseamnă frig, sub activitate sau slăbiciune; stagnarea este probabil echivalentă cu spasmul muscular; iar rebeliunea este exemplificată prin vărsături. Sângele este o formă „foarte condensată" de qi și se poate cultiva în insepare. Lichidele corporale provin din alimente: fluidele pure intră în organism, iar fluidele impure sunt secretate prin tractul urinar. Sângele și fluidele corporale pot avea tulburări proprii, care trebuie diagnosticate și corectate.

De-a lungul acestei descrieri, se pot percepe eforturile minților inteligente care elaborează o explicație teoretică pentru observațiile lor atente despre om în sănătate și boală. Este tentant să speculăm cum și-au derivat chinezii explicațiile speciale pentru structura și funcția corpului și vom da doar trei exemple:

1. În MTC, organele interne sunt clasificate fie ca fiind solide sau goale. În mod ciudat, atât Plămânul, cât și Inima erau considerate solide. Ar fi putut medicii să fi fost induși în eroare de aspectul solid al acestor organe la examinarea *post-mortem* ?
2. În MTC, inima este privită ca „sediul minții" (Shenmen). A reflectat acest lucru observația că inima bate rapid atunci când devenim entuziasmați sau speriați? S-a presupus că inima este locul atât al pulsului de curse, cât și al emoției?
3. În MTC, Splina a fost implicată în absorbția alimentelor: alimentele intră în stomac și trebuia găsită o explicație pentru modul în care se combină cu aerul, în plămâni. S-a presupus că trece pe calea cea mai evidentă - prin Spline și apoi prin diafragmă? Desigur, diafragma a trebuit să fie perforată - exact așa cum era percepută în medicina occidentală înainte de vremea lui Harvey.

Acupuncturii tradiționali încă mai cred că Splina este strâns asociată cu stomacul și digestia, ceea ce este departe de adevăr așa cum o cunoaștem. Atunci când sunt provocați, ei spun că se gândesc la Splina ca la o „funcție" mai degrabă la
W
decât un organ fizic: funcția atribuită Splinei este transportul alimentelor și fluidelor. Această idee, care pare ciudată pentru mințile moderne, devine agravată atunci când TCM spune că o „deficiență a splinei" cauzează periferie .
edem general: iar deficiența provine dintr-o invazie a Umidității (Maciocia 1989), de exemplu din așezarea pe suprafețe umede.

Qi

Qi (pronunțat ca „brânză" în brânză) este un termen folosit în acupunctură cu două sensuri destul de diferite:

- Qi include simțul activității sau potențialul de acțiune: este diferența dintre viață și moarte, între apa plată și apa spumoasă. Este similar cu ceea ce este înțeles în fizică ca energie cinetică, potențială sau metabolică. Oamenii sunt considerați a fi născuți cu o alocare de *qi și* să-l umple cu hrană și aer, astfel încât *qi-ul* să poată fi distribuit în tot corpul ca „hrană" și „apărare". Boala apare atunci când qi-ul este perturbat : acesta poate fi un exces, o deficiență sau un blocaj. Aceasta pare o abordare rezonabilă pentru a descrie ceea ce am știi ca (1) furnizarea de nutrienți pentru țesuturi, cum ar fi oxigenul și glucoza, și (2) repararea țesuturilor și diferite funcții imunitare.
- Qi este, de asemenea, uneori folosit în sensul abstract al Forței Vieții în „medicina energetică". Aceasta este probabil o neînțelegere pe care nu o vom discuta în continuare aici (Kendall 2002, Schnorrenberger 2003 , Soulie de Morant 1957).

„echilibru" Yin/Yang

Un alt concept fundamental în TCA este echilibrul contrariilor, reprezentați ca yin și *yang.* Semnificațiile originale ale acestor cuvinte sunt părțile întunecate și luminoase ale unui deal: yin este întunecat, rece și inactiv, în timp ce *yang* este luminos, fierbinte și activ. Se consideră că persoanele bolnave au un dezechilibru între yin și *yang ,* iar tratamentul este conceput pentru a le reechilibra.

Acest concept este similar cu *mediul intern al lui Claude Bernard ,* adică ceea ce înțelegem ca homeostazie - deși, desigur, cu multe secole mai vechi. Este ușor de găsit exemple în medicină în care fiziologia implică „echilibru" și boala implică pierderea acestui echilibru, fie ca cauză, fie ca efect: reglarea temperaturii; controlul autonom al fluxului sanguin al pielii; motilitatea gastrointestinală; tireotoxicoză și hipotiroidism; stări de hiper și hipocorticosteroizi. Dar asta nu înseamnă că fiecare afecțiune poate fi privită ca o tulburare a echilibrului: bolile infecțioase, cancerul, bolile degenerative și fracturile, de exemplu, nu pot fi explicate în acest fel.

Speculăm că o observație originală - și foarte solidă - a ajuns să fie aplicată ca regulă generală în fiecare situație: echilibrul *yin / yang a evoluat spre*

devin baza vitală a unei bune sănătăți. Chinezii păreau să excelеze în a face reguli generale din observații exacte și vom vedea alte exemple de
această tendință.

Cinci faze (elemente)

Conceptul de cinci „faze” este foarte vechi: cuvântul tradus ca „faze”
nu are un echivalent exact în engleză și este adesea tradus ca „elemente”, deși este mai elaborat decât cele patru elemente ale medicinei grecești sau medievale europene: pământ, aer, foc și apă (Maciocia 1989). Nu are nimic de-a face cu „elementele” tabelului periodic. Conceptul din spatele celor cinci faze este complex: totul - indiferent dacă este obiect fizic, animal sau ființă umană - a fost considerat a cuprinde cinci faze în fiecare aspect al existenței sale: Lemn, Foc, Pământ, Metal și Apă. Fiecare dintre faze are trăsături corespunzătoare în fiecare aspect al vieții: de exemplu, tipul de caracter emoțional, culoarea, anotimpul, direcția și aroma. Astfel, Lemnul corespunde cu mânia, culoarea verde, primăvara, estul și gustul acru. Mai mult, fiecare fază este, de asemenea, legată de o pereche de organe - Lemnul, de exemplu, este legat de ficatul și vezica biliară. Așadar, o tulburare în oricare dintre faze ar provoca boală în aceste organe particulare și ar putea fi influențată prin acul meridianelor cu același nume. Fiecare fază predomină într-o perioadă diferită a zilei într-un ciclu fix.
Fiecare fază influențează celelalte faze; stimularea celui care urmează imediat și inhibarea celui care urmează (Fig. 8.1) (Lawson-Wood & Lawson-Wood 1973).

Deoarece conceptul de cinci faze este circular și totul se referă la orice altceva, un practician poate susține întotdeauna că o singură greșeală în unele cazuri în sistem a produs toate defecțiunile ulterioare: toate condițiile sunt explicabile ca extensii ale unui dezechilibru fundamental. Acest lucru dă o impresie de holism, dar nu este convingător.

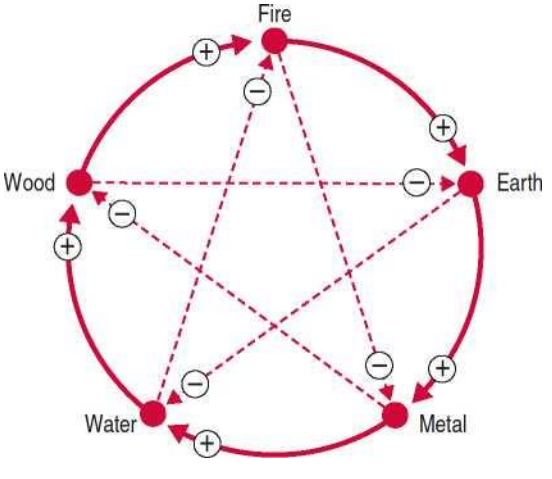


Figure 8.1 Diagram of the cycle of five phases, indicating interrelationships: each phase supposedly stimulates the next (e.g. Water, Wood) and inhibits the subsequent one (e.g. Water, Fire).

Meridianele

Chinezii au folosit cuvântul *jing-luo* pentru a descrie un mănunchi de vase, canale sau *meridiane* . Unele autorități susțin că acestea erau structuri fizice palpabile H turi; aproape sigur ceea ce cunoaștem acum ca vase de sânge, nervi și zece doze (Schnorrenberger 2003). £

Când s-a dezvoltat conceptul de puncte fixe de acupunctură, pare să fi existat o idee destul de separată a meridianelor, care au fost folosite ca *memorii* pentru găsirea lor - mai degrabă așa cum, în astronomia modernă, constelațiile sunt folosite pentru a aminti poziția stelelor. Chiar dacă stelele în sine nu sunt legate, poziția lor poate fi reținută de unde apar în raport cu celelalte stele.

Conceptul de meridiane a fost folosit în diferite moduri în practica clinică:

- Bolile au „invadat” meridianul, adică simptomele superficiale ar duce la deteriorarea organului asociat – cu excepția cazului în care sunt respinse de acupunctură
- Punerea cu ace a meridianelor ar îmbunătăți starea organului asociat
- În abordarea în cinci faze, fiecare meridian trebuia să aibă „puncte de control” care influențează direct meridianele celorlalte faze.
- Punctele de la capătul unui meridian au fost folosite pentru a trata o afecțiune dureroasă în altă parte a meridianului.

Puncte de acupunctură

Am discutat despre conceptele punctelor de acupunctură și posibilele explicații ale originii lor, în Capitolul 3.

Puncte de efect asociate

Meridianele vezicii urinare (unul pe fiecare parte a corpului) coboară de-a lungul coloanei vertebrale și mai departe pe spatele picioarelor. Pe măsură ce meridianele se desfășoară la aproximativ 4 cm de linia mediană, peste mușchii longitudinali, punctele clasice sunt afișate aproape la fiecare nivel segmentar al coloanei vertebrale. Unele dintre acestea au ajuns să fie asociate cu efectul asupra unuia sau altuia dintre organe. Interesant este că organul asociat este inervat de acel nivel segmentar, așa cum s-a discutat la viscerotomi în capitolul 4 și se arată în Figura 8.2 . Acest lucru ilustrează faptul că abordarea chineză a acupuncturii recunoaște de fapt conceptele biomedicale.

Diagnosticul în medicina tradițională chineză

Diagnosticul limbii

Practicanții MTC pot inspecta limba cu atenție pentru colorarea și textura ei , uitându-se la marginile limbii și ale corpului. Ei folosesc informații

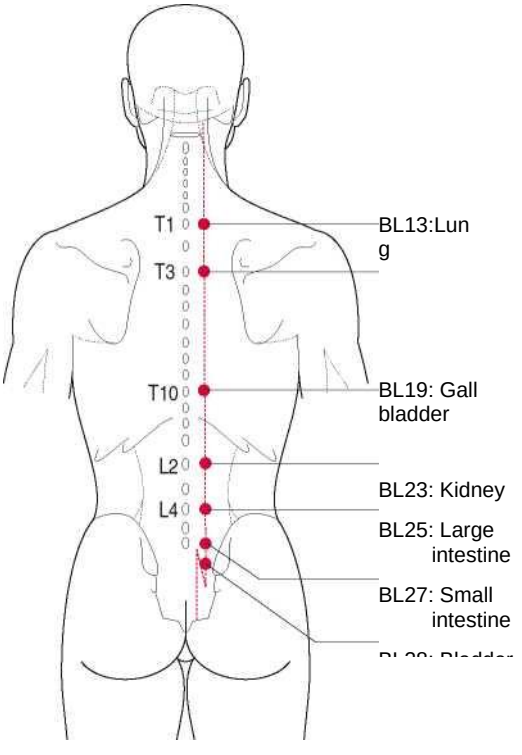


Figura 8.2 „Punctele de efect asociat" ale acupuncturii tradiționale chineze, demonstrând o înțelegere biomedicală a inervației segmentale a viscerelor.

din limbă în formarea unui diagnostic. Acum, unele afecțiuni clinice, cum ar fi anemia severă prin deficit de fier, infecția acută cu streptococ sau infecția locală cu Candida, prezintă modificări distinctive și chiar floride în aspectul limbii. Pare posibil ca aceste asocieri cunoscute în câteva cazuri particulare să fi fost extinse pentru a face o regulă generală - că limba oferă întotdeauna informații în stabilirea unui diagnostic.

Diagnosticul pulsului

Practicienii TCA studiază adesea pulsul în detaliu și pretind că culeg mult mai multe informații din acesta decât fac medicii occidentali. Unii spun că oferă informații despre starea meridianelor (ex. Deficiență hepatică); alții folosesc o descriere generală (puls „alunecos"). Este o observație comună că unele afecțiuni produc anomalii extrem de tipice în puterea, ritmul sau natura pulsului: pulsul ciocanului de ariete al incompetenței aortice sau pulsul subțire de șoc, de exemplu. Din nou, examinarea pulsului pare să fi fost ridicată în ceva esențial pentru stabilirea unui diagnostic în fiecare stare.

Natura diagnosticului medicinei tradiționale chineze

TCM are o capacitate remarcabilă de a permite ideilor aparent contradictorii să coexiste . Unii autori afirmă că bolile nu sunt „cauzate", ci sunt esențiale

și componentă inevitabilă a modelului individului (Kaptchuk 1983), în timp ce alții discută cauzele bolii, la fel ca medicina occidentală. Puncturiștii pot folosi termeni precum factori patogeni externi sau influențe emoționale interne, cum ar fi îngrijorarea excesivă, sau comportamente, cum ar fi o dietă dezechilibrată sau excesul de activitate sexuală, ca cauze ale unei boli. Unii practicieni vor lucra cu conceptul de cinci faze, în timp ce alții vor folosi conceptul modern TCM de „sindroame”, adică un model relativ constant de simptome și o formulă pentru tratarea acestora. De exemplu, un gât rigid și dureros cu debut rapid și simptome schimbătoare ar putea fi cauzat de „Vântul” patogen (Maciocia 1989). Aceasta se rezumă la ideea de tratament „rădăcină și ramificație”: tratamentul radicular ar trebui să abordeze „dezechilibrul” fundamental al pacientului, dar tratamentul cu ramuri se ocupă doar de simptome.

Urmează o listă a unora dintre abordările diagnostice care pot fi utilizate (Tabelul 8.1), separat sau împreună, pentru a explica simptomele pe care le prezintă orice pacient anume.

Aceste metode de diagnostic ale MTC trebuie testate pentru fiabilitate, în sensul că diferiții practicieni care le aplică anumitor pacienți ar trebui să cadă de acord asupra diagnosticului. Nu ne-ar mira dacă există un anumit acord, deoarece, până la urmă, acestea sunt metode sistematice de clasificare a simptomelor și semnelor medicale. De exemplu, diagnosticele TCA făcute la femeile cu infertilitate „idiopatică” (adică cauza necunoscută medicinei occidentale) au arătat o anumită fiabilitate în a le distinge de cele cu alte cauze (Coyle & Smith 2005). Nu rezultă că diagnosticul TCA este „de încredere” în sensul confirmării, de exemplu, că deficiența splinei este un diagnostic semnificativ într-un caz de scurgere vaginală.

TABELUL 8.1
Exemple de metode tradiționale de diagnosticare

Metoda de diagnosticare	Explicație și/sau exemplu
Cinci faze	Dezechilibrul unuia (sau mai multor) elemente, de exemplu amețeli și dureri de cap din cauza insuficientei Lemn
Sindromul de organ	Simptome datorate perturbării funcției unui organ, cum ar fi lasitate și scaune moale din cauza deficienței splinei
Tulburări în Qi, sânge sau fluide corporale	Ceea ce am putea numi medicină internă, de exemplu greață și vărsături din cauza „Qi-ului rebel”
Opt principii	Diagnostic după caracterul interior/exterior, fierbinte/rece, plin/gol și Yin/Yang al bolii, de exemplu fața palidă, oboseală și lipsa poftei de mâncare de la Qi gol
Meridiane și colaterale	Simptomele explicate prin calea unui meridian, de exemplu, simptomele secreției vaginale, senzația de frig de-a lungul meridianului și durerea de picioare indică o tulburare a meridianului splinei
Factori patogeni, din climă	Aversiune față de frig, strănut și nas care curge din cauza unei invazii a vântului

Acceptăm că diagnosticul MTC poate fi capabil să facă diferențe mai subtile între tipurile de pacienți decât metodele de diagnosticare occidentale.
medicament. De exemplu, medicii occidentali pot vorbi despre diferite „tipuri" de pacienți, dar nu au o terminologie sau un sistem pentru codificarea acestora. Acesta este un aspect al TCM care ar putea merita explorat în detaliu.

Tratamentul tradițional chinezesc

Selectarea punctului

În TCM clasică, acupuncturistul selectează punctele în funcție de acțiunile lor, potrivindu-le exact cu diagnosticul individual al pacientului. Iată trei exemple dintr-un text standard (Maciocia 1989):

- BL62 (chiar sub maleola externă) „aduc beneficii ochilor, relaxează tendințele, limpezește mintea și elimină vântul interior"
- SP10 (chiar deasupra genunchiului) „răcește sângele, reglează menstruația"
- LI11 (marginea laterală a cotului) „expulză vântul exterior, curăță căldura, elimină umezeala și aduce beneficii tendoanelor și articulațiilor".

Se poate doar specula cu privire la modul în care aceste activități particulare au devenit vreodată atașate de puncte individuale: probabil, a fost rezultatul observării - efectelor generale pe care le-am discutat în capitolul 5 și al unor interpretări creative.

Utilizarea acestui raționament pentru alegerea punctelor pentru acul ni se pare a fi o problemă centrală și semnificativă în aplicarea TCM. Acesta este un principiu fundamental al TCM care așteaptă cu disperare un fel de dovezi care să susțină.

Manipularea acului

În concordanță cu ideea de a influența fluxul *qi -ului* în meridian, unii practicieni - folosesc anumite manipulări ale acului, cum ar fi rotația în sensul acelor de ceasornic sau în sens invers acelor de ceasornic și puternică spre deosebire de blând, presupus pentru a crește („întări") sau scădea („scădea") qi-ul. În timp ce viteza de rotație ar putea stimula diferențial terminațiile nervoase, este dificil de imaginat că direcțiile opuse de rotație au efecte diferite. După ce scot acul, unii acupunctori își pun degetul peste gaură, „pentru a opri scăparea qi-ului".

Pretenții de holism

Acupuncturii tradiționali susțin în general că practică „holistic ", deoarece diagnosticul lor poate ține cont de o varietate de factori ai pacientului, cum ar fi preferințele alimentare, frecvența actului sexual și efectul vremii asupra simptomelor. Cu toate acestea, medicina holistică este cu adevărat o funcție a abordării generale a practicianului, nu a oricărui sistem de medicină. Nu există nimic în mod inerent mai holistic în diagnosticul TCA decât într-o evaluare medicală occidentală cuprinzătoare: de fapt, un bun occidental

medicală poate fi mai holistică, luând în considerare mai mult factorii psihologici și sociali într-un caz, care nu apar în TCA. Niciun sistem de medicină nu poate pretinde un monopol asupra holismului. w

Acupunctura medicală tradițională chineză și occidentală u

Teoriile tradiționale ale acupuncturii au fost contestate în Occident de diverși autori din Marea Britanie (Baldry 1993, Campbell 2001, Filshie & White 1998, Mann 1992) și SUA (Ulett 1992). Ne limităm la câteva observații generale și la câteva comentarii destul de speculative.

În ciuda unui volum considerabil de cercetări pentru a încerca să explice *meridianele* sau canalele - ca nervi, căi electrice, conducte de sunet, căi din matricea de colagen - nu există dovezi care să susțină existența lor ca structuri fizice. Ele sunt mult mai bine explicate ca o modalitate de înțelegere a observațiilor clinice comune, cum ar fi durerea prin captarea rădăcinii nervoase, cum ar fi sciatica, presiunea asupra altor nervi, cum ar fi nervul occipital mare, senzațiile de referință din punctele de declanșare sau liniile roșii ale limfangitei ascendente, precum și senzația de ac propagată care este probabil să fie datorată interconexiunilor măduvei spinării. Tiparele de simptome dintr-o regiune ar fi putut genera ideea că meridianele parcurg tot corpul pentru a crea un model complet și coerent.

Există multe concepte în acupunctura clasică care pot fi ușor înțelese ca o modalitate de interpretare a observațiilor cotidiene în diferite terminologii . De exemplu, se consideră că bolile invadează mai întâi superficial și apoi, dacă nu sunt controlate, invadează organele interne: acest lucru ar putea reflecta pur și simplu observații precum:

- o răceală începe în nas și gât; poate duce la pneumonie în plămâni
- odată cu creșterea în vârstă, afecțiunile musculo-scheletice devin mai frecvente;
  mai târziu urmează boli interne grave – precum infarctul, tuberculoza sau cancerul.

În mod similar, durerile de spate sunt de obicei atribuite „stagnării *qi-ului* în rinichi". Stagnarea *qi- ului* este probabil ceea ce am numi spasm muscular, iar la pacienții cu dureri de spate, spasmul apare adesea acolo unde sunt localizați rinichii. Acest diagnostic de stagnare poate fi puțin mai mult decât o descriere a ceea ce se observă și nu un indiciu al bolii renale. Aceste concepte servesc la consolidarea convingerilor acupuncturiștilor clasici în MTC, dar nu pot fi folosite pentru a oferi un argument în favoarea acupuncturii clasice atunci când pot fi explicate perfect rațional.

Câteva comentarii mai generale pot fi adăugate aici despre interpretarea clasică (chineză) a acupuncturii. O problemă cu acupunctura este că atât de multe forme diferite de diagnostic sunt încă folosite, mult timp după ce viziunea asupra lumii pe care se bazează a fost eliminată. Diferitele școli de TCA par să difere în abordările lor de tratament, dar probabil toate au rezultate foarte similare în practica clinică. Având în vedere ceea ce știm acum despre efectele pe scară largă

de a stimula corpul cu un ac oriunde într-o zonă destul de mare, w se pare că singura concluzie rațională este că diagnosticul tradițional real

Probabil că nu este atât de importantă, dar stimularea pacientului cu un ac este.

Privită din perspectiva occidentală, științifică, acupunctura pare a fi o terapie relativ simplă, având în vedere cunoștințele noastre despre structura și funcția corpului. Pare inutil să o complicăm cu teorii elaborate. Abordarea occidentală a acupuncturii este adesea respinsă ca o simplificare excesivă a terapiei originale, limitată la tratamentul simptomelor. În schimb, acupunctura clasică pretinde că „corectează dezechilibrele fundamentale" (Tabelul 8.2). Nu am văzut nicio dovadă care să ne convingă că această „corecție a dezechilibrelor fundamentale" nu este altceva decât o combinație de efecte benefice generalizate asupra centrilor creierului (așa cum s-a discutat în capitolul 6) împreună cu așteptarea pacientului de a avea succes. Multe descrieri antice ale acupuncturii par de fapt să o considere ca tratament al simptomelor, nu cauza principală (Birch & Kaptchuk 1999). Chiar și *Clasicul Intern al Împăratului Galben* a afirmat că acupunctura era într-adevăr potrivită doar pentru simptome superficiale și că bolile interne necesită ierburi. Modul în care aplicăm acupunctura poate fi de fapt mai în concordanță cu tradiția antică decât abordarea TCM!

TABELUL 8.2

Un rezumat al principalelor diferențe dintre acupunctura medicală occidentală și acupunctura tradițională chineză

Medicina tradițională chineză	Acupunctura medicală occidentală
Teorie	
Acționează asupra *qi*	Acționează asupra nervilor și mușchilor
Corectează dezechilibrele de bază	Nu se poate trata cauza de bază a bolilor
„Meridianele" sunt de o importanță fundamentală, iar numele lor sunt semnificative	Numele meridianelor sunt doar etichete utile
Mare atenție pentru tradițiile clinice acumulate	Mare atenție pentru dovezile empirice
Integrează noile înțelegeri în cele vechi	Auto-corectarea, respingerea ideilor atunci când acestea devin învechite
Indicație	
Eficient pentru orice condiție	Eficient numai pentru anumite tipuri de afecțiuni
Practica	
Diagnosticul tradițional chinezesc	Diagnosticul occidental convențional
Puncte localizate precis	Punctele sunt linii directoare generale pentru locurile de stimulare adecvate
Terapie individualizată, accent pe localizarea punctului	Terapie individualizată, cu accent mai ales pe stimulare

În cele din urmă, există modul în care înțelegerea unei terapii crește în timp. Acupunctura tradițională a evoluat prin opiniile incontestabile ale experților. S-a presupus că acești experți au dobândit cunoștințe precise și înțelegere profundă dintr-o viață de observație și experiment autocritic. Această presupunere este probabil greșită, deoarece conform <;
înțelegerea actuală a „impresiilor clinice" în comparație cu „dovezile- X
bazată pe medicină", așa-numiții „experți medicali" greșesc adesea. U

Preferăm să înțelegem la fel de bine cum putem acum, dar să fim pregătiți să renunțăm la ideile noastre atunci când apar noi dovezi.

Rezumat

De obicei, acupunctura este considerată originară din China, cu cele mai vechi înregistrări de acum aproximativ 2000 de ani. Cu toate acestea, există sugestii că o practică similară ar fi putut exista în Europa cu aproximativ 5000 de ani în urmă. Practica tradițională chineză a variat de-a lungul geografiei și timpului și a evoluat de-a lungul mai multor secole în timpul multor schimbări ale vederilor asupra lumii, păstrând conceptele din fiecare perioadă. În China, acupunctura a fost respinsă treptat în favoarea medicinei occidentale din secolul al XVII-lea, dar interesul a fost restabilit începând cu anii 1950.

În mod tradițional, medicii chinezi au practicat cu multe modele diferite, dar după 1950 a existat o încercare de a uni și de a moderniza practica, care a fost numită Medicina Tradițională Chineză (MTC).

Acupunctura s-a răspândit în alte națiuni estice și, ulterior, în Occident, de obicei în asociere cu legăturile comerciale. Acupunctura a câștigat o oarecare acceptare în rândul profesiei medicale ortodoxe în diferite perioade ale istoriei , cea mai recentă începând din ultima jumătate a secolului al XX-lea. Conceptele tradiționale includ *qi* , *yin* și *yang* , cinci faze (elemente) și meridiane. Înțelegerea tradițională chineză a structurii și funcției a fost impresionantă la vremea sa, dar nu s-a schimbat în lumina descoperirilor științifice și pare depășită și eronată. Diagnosticul în puncția acu chineză tradițională poate folosi mai multe modele în același timp, iar tratamentul se bazează pe activarea proprietăților specifice pe care se presupune că le au punctele. O abordare rațională bazată pe cunoștințele obținute științific poate explica multe dintre conceptele MTC.

Lectură în continuare

Kendall DE 2002 Dao al medicinei chineze: înțelegerea unei arte antice de vindecare. Oxford, New York

Această *carte pretinde că arată adevărul (Dao) despre medicina tradițională chineză, reinterpretând explicațiile chineze în lumina descoperirilor biomedicale ulterioare. Este stimulant și informat, chiar dacă unii îl consideră în cele din urmă neconvingător și lectură recomandată pentru oricine este interesat să exploreze domeniul .*

Lu GD, Needham J 2002 Lancetele celesti: o istorie și rațiunea acupuncturii și moxa. Routledge Curzon, Londra și New York

Această lucrare face parte din proiectul major „Știință și civilizație” din China, de o amploare enormă
ȘI *de studii, căruia autorii și-au dedicat viața la Institutul Needham.*

în Cambridge. Este o lectură esențială și foarte accesibilă pentru oricine este interesat serios de *medicina chineză. Publicația originală din 1980 a fost republicată cu un*

introducere de Vivienne Lo, care discută cercetările din 1980, inclusiv textele descoperite încă din *anii 1970, și sugerează modalități în care interpretările originale ar putea avea nevoie*

pentru a fi modificate. De exemplu, acționarea corpului a fost asociată inițial cu abcese de incidere; ideea că pietrele ascuțite au fost precursoarele acupuncturii cu ace se arată a fi departe de a fi convingătoare; iar fundamentul teoretic al acupuncturii și moxibustiei nu ar fi putut avea loc înainte de secolul I î.Hr. Cu toate acestea, după cum comentează însăși Lo, textul original este „putin probabil să fie înlocuit” .

Schnorrenberger C 2003 Chen-Chiu, acupunctura originală: o nouă paradigmă de vindecare. Wisdom Publications, Somerville MA

Autorul este un medic german care studiază medicina chineză încă din anii 1970 și a publicat o serie de lucrări în germană și engleză. Această carte este un rezumat al abordării sale asupra medicinei chineze, în special al modului în care crede că conceptele originale ale medicinei chineze au fost modificate semnificativ în tranziția lor către culturile occidentale. În timp ce unii experți ar putea contesta unele dintre concluziile autorilor, cartea rămâne o perspectivă utilă asupra medicinei chineze .

Cercetări clinice privind eficacitatea acupuncturii

Cuprins

Introducere 94

Orbirea participanților la studiile de acupunctură 94

Alte probleme în cercetarea acupuncturii 98

Alegerea grupului de control 101

Compania germană de asigurări studiază 102

Evaluarea probelor 103

Acupunctură pentru afecțiuni musculo-scheletice 104

Acupunctura pentru dureri de cap 109

Acupunctură pentru alte afecțiuni dureroase 110

Acupunctura pentru afectiuni respiratorii 111

Acupunctură pentru dependențe 112

Acupunctură pentru afecțiuni ale sistemului nervos central 113

Acupunctură pentru greață și vărsături 113

Acupunctură pentru medicina genito-urinară și reproductivă 114

Diverse 116

Eficiența costurilor a acupuncturii 116

Rezumat 118

După ce ați citit acest capitol, ar trebui să puteți:

- menționați trei condiții care au dovezi bune pentru eficacitatea acupuncturii
- descrie trei probleme în efectuarea RCT-urilor de acupunctură.

Introduction

PQ Acupuncturii vor trebui probabil să furnizeze dovezi că acupunctura este
w eficient, sigur și rentabil înainte de a putea fi integrat formal în
2 politica oricarui serviciu national de sanatate. Aceasta nu înseamnă că prevede
Acupunctura ar trebui interzisă până când această dovadă este completă și copleșitoare - asta ar risca să le refuze pacienților un potențial foarte util.
> tratament. Practicienii individuali din domeniul sănătății iau decizii cu privire la utilizarea acu puncția sau trimiterea pacienților pentru tratament pe alte tipuri de dovezi: rapoarte anecdotice
despre succesele unui medic local, serii de cazuri publicate
și audituri de la clinicile locale, opiniile colegilor lor și liderii de opinie și, bineînțeles, dorințele pacientului. Ne aflăm în prezent într-un fel de situație intermediară: există o mulțime de dovezi că acupunctura ar putea fi mai valoroasă decât alte tratamente pentru pacienții cu o anumită problemă, dar nu sunt încă suficiente dovezi pentru a convinge factorii de decizie să plătească pentru aceasta.

Acest capitol se va concentra pe cercetarea eficacității și va menționa puținele studii despre eficiența costurilor care sunt disponibile; dovezile privind siguranța acupuncturii sunt discutate în capitolul următor.

Cercetarea riguroasă a acupuncturii nu este ușoară. Acupunctura este o intervenție complexă și atunci când luăm în considerare modalitățile de investigare a acesteia, trebuie să ne gândim mai mult la metodele utilizate în cercetarea intervențiilor chirurgicale sau de terapie fizică, mai degrabă decât la medicamente, în special la dificultățile de orbire a practicianului și a pacienților. Aici, vom prezenta pe scurt câteva dintre problemele cercetării în acupunctură și modalitățile de interpretare a rezultatelor studiilor cu diferite grupuri de control, înainte de a rezuma rezultatele cercetării în diferite condiții.

Orbirea participanților la studiile de acupunctură

Probleme cu acupunctura „placebo”.

Una dintre cele mai mari probleme în cercetarea acupuncturii este că nu există într-adevăr un placebo ideal pentru acele de acupunctură. Placebo sunt importanți în cercetarea oricărei terapii din două motive: (1) pentru a demonstra că tratamentul are un efect *specific (adică un efect „dincolo de placebo”);* doar dacă tratamentul se dovedește a fi mai bun decât placebo, putem argumenta în mod convingător că efectul său nu se datorează doar puterii așteptării sau relației terapeutice; și (2) să permită orbirea sau „mascarea” pacienților, astfel încât aceștia să nu fie părtinitori atunci când li se cere să evalueze efectele tratamentului. Este acceptabil să folosiți un observator mascat în schimb, pentru a elimina părtinirea, dar acest lucru nu este posibil pentru genul de afecțiuni pentru care este utilizată cel mai adesea acupunctura, deoarece evaluarea trebuie să se bazeze pe raportul pacienților înșiși.

Un placebo trebuie să fie imposibil de distins de tratamentul real, dar trebuie să fie inert. Din păcate, nu există placebo pentru un ac de acupunctură: orice lucru care se simte ca un ac are inevitabil un efect fiziologic. Pentru mulți

de ani de zile, cercetătorii au dat dovadă de mare invenție în încercarea de a găsi controale inactive , dar acum este clar că orice stimul asupra pielii, chiar și doar presiunea cu capătul contondent al acului, poate avea efecte profunde asupra sistemului limbic atunci când este utilizat într-un context terapeutic, adică pretinzând a fi un tratament real (Pariente et al 2005). Deși este adevărat că un ac ascuțit, pătrunzător are un efect mai mare decât presiunea tocită asupra pielii - afectează insula -, rămâne faptul că presiunea tocită va avea efecte de tratament proprii prin activarea pe scară largă a sistemului limbic: un ac contondent nu este un placebo inactiv.

Presiunea asupra pielii administrată ca „tratament" are un efect asupra sistemului limbic.

Acest lucru creează o problemă, și anume că efectul acului contondent este aproape la fel de mare ca efectul acului real (Fig. 9.1). Diferența dintre cele două este adesea mult mai mică decât diferența dintre un medicament și un medicament placebo. Prin urmare, studiile de acupunctură care sunt prea mici, sau nu foarte atent concepute, nu vor reuși să dezvăluie această mică diferență. Astfel de studii ar putea fi interpretate ca arătând că acupunctura nu are efect real, când de fapt acupunctura are efect, dar sunt necesari mai mulți pacienți pentru a arăta efectul. Aceasta este cunoscută sub numele de eroare de tip 2 - eșecul de a dezvălui un efect care există de fapt, din cauza puterii statistice inadecvate, de obicei, deoarece numărul de subiecți este prea mic.

Acupunctură „falsă".

Deoarece nu există un control „placebo" inactiv pentru acupunctură, ar trebui să folosim termenul „falsă" în schimb pentru orice procedură de control care este utilizată într-un studiu pentru a încerca să-l facă pe pacient să creadă că a primit tratament. Acest lucru se aplică în general tratamentelor care implică o anumită formă de intervenție fizică , cum ar fi intervenția chirurgicală, manipularea și acupunctura. Nu numai că termenul este mai precis, dar și reamintește oricui citește raportul

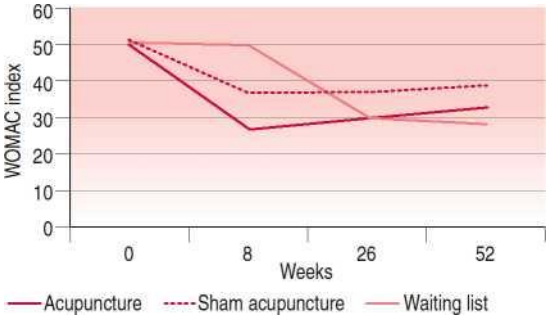


Figura 9.1 Rezultatele unui studiu cu trei brațe care arată răspunsul pacienților din fiecare braț măsurat la diferite săptămâni după începerea studiului; grupul de pe lista de așteptare a primit acupunctură după 8 săptămâni. Efectul acupuncturii este puțin mai mare decât cel al placebo, iar diferența este semnificativă statistic; ambele sunt mult mai eficiente decât lista de așteptare. Date preluate dintr-un RCT al acupuncturii pentru osteoartrita genunchiului (Witt C, Brinkhaus B, Jena S et al2005 acupunctura la pacientii cu osteoartrita genunchiului. Lancet 366: 136-143).

încercarea că subiecții primesc o intervenție care are adesea un anumit efect neurofiziologic.

Un studiu „controlat cu placebo”, dublu-orb, al acupuncturii este imposibil din punct de vedere tehnic.

Există două tipuri de acupunctură simulată: nepenetrantă și penetrantă.

Controale false nepenetrante

Nu există aproape nicio limită a inventivității diferiților cercetători în încercarea de a obține un control care să nu pătrundă în piele. Unii au încercat să bată pielea cu tubul de ghidare, cu un bețișor de cocktail sau chiar cu o unghie ascuțită; alții au proiectat un dop de plastic special la capătul tubului de ghidare, astfel încât acul să fie introdus în dop și împiedicat să pătrundă în piele.

Pe lângă faptul că aceste dispozitive sunt active, ele sunt oarecum limitate și în situația în care pot fi aplicate. Ele pot fi folosite în mod convingător doar în punctele care sunt în afara liniei vizuale a pacientului, ceea ce înseamnă efectiv pe spate. O modalitate de a rezolva această problemă este de a lega pacienții la ochi sau de a ridica un fel de barieră pentru a ascunde locurile de ace.

Mai recent, cercetătorii au conceput un ac tocit, unde axul nu este fixat de mâner, astfel încât atunci când apăsați pe mâner, acesta alunecă pur și simplu peste ax, mai degrabă ca un pumnal de scenă. Acul pare să pătrundă în piele, dar de fapt vârful nu pătrunde. Acul are nevoie de un dispozitiv care să-l susțină dacă tratamentul presupune reținerea acelor timp de 10 sau 20 de minute. În versiunea originală, acul Streitberger a folosit o rochie adezivă . În dispozitivul Park, un tub suplimentar este ținut în poziție verticală de o flanșă adeziv. Diverse forme de ac placebo sunt prezentate în Planșa 8.

Aceste dispozitive de susținere în sine provoacă probleme: pot să nu fie ușor de utilizat în zonele păroase, au nevoie de tehnici speciale în practică și pot interfera cu acul normal, care, desigur, trebuie administrat folosind dispozitivul de susținere, pentru a păstra orbirea.

Controale false penetrante

În multe studii clinice, ace de acupunctură reale au fost folosite în grupul de control; dar într-un mod incorect. Modul în care acul este folosit „incorect” determină întrebarea reală de cercetare. Se poate plasa:

- în locul greșit - acest lucru testează efectul punerii unui ac în locul corect; sau
- în locul potrivit dar numai superficial și fără stimulare (așa-numita acupunctură minimă) - aceasta testează efectul introducerii profunde a acului și eventual stimularea nervoasă; sau
- atât în locul greșit, cât și superficial - aceasta testează atât efectele site-ului, cât și ale stimulării.

Cu toate acestea, este dificil să găsești un loc „greșit” care să fie credibil pentru pacient, dar să nu aibă un anumit efect prin analgezia segmentară. Pacienții se așteaptă să li se pună acul undeva în apropierea problemei dureroase, dar chiar și nevoile superficiale în jurul zonei sunt probabil să aibă un efect segmentar. Diferența dintre efectele tratamentului real și cel simulat ar putea fi într-adevăr foarte mică.

Acele în locul „greșit” pot avea în continuare efecte segmentare și extrasegmentare.

În cele din urmă, este interesant de observat că poate să nu fie foarte ușor pentru practicieni să ofere un tratament simulat. De exemplu, cei mai mulți acupuncturi au fost obișnuiți să stimuleze manual acele de când au învățat acupunctura. Este nevoie de o anumită concentrare pentru a „dezînvăța” stimularea acului în contextul unui studiu clinic. Într-un studiu multicentric în care mulți practicieni trebuie să-și dezvăluie obiceiurile, nu este surprinzător dacă tratamentul simulat nu este făcut foarte bine și este de fapt destul de puternic activ.

Din punct de vedere tehnic, este ușor să aplici acupunctură eficientă, dar foarte dificil să aplici o simulare ineficientă.

Testarea succesului orbirii pacientului

Nu numai că pacienții din studiile de acupunctură ar trebui să fie orbiți, dar că orbirea ar trebui să fie verificată la sfârșitul studiului, pentru a se asigura că pacienții de control nu și-au dat seama că nu li s-a administrat un tratament activ. Aceasta este o critică comună a studiilor de acupunctură și încă o dificultate pentru proiectarea unor studii randomizate controlate (RCT) cu acupunctură simulată.

Cea mai bună modalitate de a testa orbirea este să întrebați direct pacienții dacă cred că au avut acupunctură reală sau simulată. Cu toate acestea, acest lucru poate interfera cu eficacitatea tratamentului care este testat, concentrând atenția pacienților asupra tratamentului și amintindu-le că ar putea avea un tratament simulat. Îi poate duce chiar să se îndoiască de tratamentul pe care îl urmează, chiar dacă este activ.

Este dificil de știut când este cel mai bine să puneți întrebarea: după primul tratament sau două, este posibil ca pacienții să nu aibă suficientă experiență cu tratamentul pentru a-și forma o opinie. Dar la sfârșitul tratamentului răspunsul lor va fi influențat de dacă au răspuns sau nu la tratament – așa că într-un studiu în care acupunctura este eficientă, pacienții vor concluziona că au tratament activ, iar studiul va fi criticat pentru că nu a asigurat orbirea!

Verificarea orbirii pacientului fără a interfera cu tratamentul este dificilă.

O altă soluție a fost încercată destul de des în RCT-urile de acupunctură. Pacienții sunt rugați să evalueze cât de credibile au fost tratamentele, folosind câteva întrebări indirecte precum: „Ați recomanda acest tratament unui prieten?”,

sau „V-ați aștepta ca acest tratament să funcționeze pentru o altă afecțiune pe care ați avut-o?”. În acest fel se poate compara credibilitatea tratamentelor reale și a celor simulate. Cu toate acestea, există o slăbiciune tehnică în analiza statistică (necesită testul w de echivalență și nu de diferență), ceea ce limitează fiabilitatea acestei metode.

U zw **Practicant orbire**

În mod ideal, într-un RCT, practicianul de acupunctură ar trebui să fie orbit (mascat) dacă tratamentul este real sau fals. Acest lucru este dificil, deși nu imposibil . Cunoaștem două moduri prin care cercetătorii au încercat să obțină acest lucru. Într-una, practicantul care a efectuat tratamentul a fost un non-acupuncturist care a fost instruit special să dea două tratamente fără să i se spună care era activ și care era fals (Lagrue et al 1977). Problema cu această metodă este că priceperea medicului în acupunctură este probabil să fie inadecvată , astfel încât tratamentul să nu fie de înaltă calitate. În cealaltă metodă, un acupuncturist a examinat pacienții și a conceput două tratamente pentru fiecare pacient, dintre care doar unul a fost corect (Allen et al 1998). Pacienții au fost apoi randomizați pentru a primi unul sau altul tratament de la cel de-al doilea medic , care teoretic a rămas orb față de care era cel corect - dar în practică ar putea recunoaște tipurile de pacienți și ar putea identifica modele de prescripții. Această metodă este, de asemenea, foarte grea în resurse.

Deocamdată, va trebui să acceptăm că acupuncturiștii, ca și chirurgii, nu pot fi cu ușurință orbiți în studiile clinice. Cu toate acestea, participanții ar trebui să fie orbiți ori de câte ori este posibil și, în plus, evaluatorii (și cei care efectuează introducerea și analiza datelor, în mod ideal) ar trebui să fie, de asemenea, orbiți.

Alte probleme în cercetarea acupuncturii

Condiții potrivite pentru studiile clinice

Mai multe studii au arătat că acupunctura este cel mai frecvent utilizată pentru a trata afecțiunile musculo-scheletice. Pare deosebit de eficient pentru aceste afecțiuni în aproximativ 6-12 săptămâni de la debut, adică înainte ca acestea să devină cronice. Cu toate acestea, este foarte dificil pentru cercetători să recruteze pacienții în această etapă intermediară. Probabil că ei sunt încă supravegheați în asistența primară, iar practicienii din asistența primară văd un număr mare de pacienți cu o gamă largă de afecțiuni: astfel încât pacienții cu orice afecțiune anume sunt puțini. Până în momentul în care pacienții sunt îndrumați către asistență secundară, starea lor este probabil să fi devenit cronică. Deci, există mai mulți pacienți disponibili pentru recrutare pentru studiu în asistența secundară, dar starea lor se va fi dezvoltat și poate fi mai puțin receptiv la tratamentul cu acupunctură.

Condițiile care răspund cel mai bine la acupunctură sunt probabil să fie dificil de cercetat.

Multe teste de acupunctură au fost întreprinse în îngrijirea secundară, deoarece acolo sunt resursele - personal de sprijin, facilități și pacienți. Dar

acești pacienți vor fi primit deja alte tratamente pentru starea lor și astfel vor prezenta un test dur pentru orice tratament. Ar fi greșit să ne așteptăm la o rată de succes ridicată. Rezultatele unor astfel de încercări nu trebuie folosite ca m
baza pentru afirmații globale precum „acupunctura nu funcționează".

Cercetarea acupuncturii s-ar putea concentra cel mai profitabil asupra leziunilor musculo-scheletale, în special în stadiul imediat dincolo de momentul în care ar fi fost de așteptat să se vindece. Alte condiții promițătoare includ durerea de cap, greața și vărsăturile și osteoartrita de severitate moderată.

Este important să fiți bine informați cu privire la starea care urmează să fie cercetată, deoarece aceasta poate afecta profund tipul de răspuns așteptat și, prin urmare, designul studiului. De exemplu, devine clar că durerea afectivă, adică răspunsul emoțional la durere, răspunde rezonabil de bine la modularea sistemului limbic care pare a fi un efect general al tuturor formelor de acupunctură, inclusiv acupunctura simulată. Prin urmare, acupunctura reală este probabil să fie doar puțin mai bună decât acupunctura simulată în condiții precum cefaleea tensională și migrena cu o componentă afectivă mare. În schimb, durerea senzorială poate răspunde mai bine la acupunctura reală, deoarece are efecte neuromodulatoare suplimentare față de cele de pe insulă (Lund & Lundeberg 2006). Prin urmare, s-ar putea proiecta cu mai multă încredere un studiu pentru a testa o diferență între tratamentul de acupunctură real și simulat al osteoartritei genunchiului, cu componenta sa senzorială mai mare.

Lipsa resurselor de cercetare: tratament suboptim de acupunctură

Cercetarea farmacologică a noilor medicamente urmează o cale de cercetare bine bătută. Începe cu studii atente de fază I și II pentru a identifica cei mai buni candidați pentru tratament și cel mai bun mod de livrare și abia apoi trece la studii clinice riguroase, bine dotate, definitive.

În schimb, cele mai multe studii de acupunctură au fost întreprinse ca studii unice de către entuziaști care sunt motivați de dorința de a demonstra lumii că acest tratament nou este eficient. Adesea, tratamentele de acupunctură nu sunt standard și nu au fost justificate în mod adecvat, de exemplu prin verificarea literaturii de specialitate sau prin formarea unui consens al opiniilor experților. Pentru ca studiile de acupunctură să aibă rezultate convingătoare, trebuie să știm mult mai multe despre cele mai bune detalii ale acupuncturii pentru diferite afecțiuni. Trebuie să întreprindem studii preliminare care compară diferite tipuri de acupunctură pentru a găsi cea mai bună pentru diferite tipuri de pacient - echivalentul studiilor de fază I în cercetarea farmaceutică.

Lipsa cunoștințelor despre acupunctura optimă pentru diferite afecțiuni compromite serios studiile clinice.

Adesea, alte aspecte ale studiilor de acupunctură par să le fi pus la cale să eșueze. Dimensiunile eșantionului au fost inadecvate, ducând la erori de tip 2. Măsurile de rezultat nu au ales suficient de atent, așa că nu sunt suficient de adecvate și sensibile pentru a arăta efecte subtile; iar analiza statistică nu poate

să fie cel mai potrivit pentru date, poate pentru că nu poate face față diferențelor de bază dintre grupuri.

Acupunctura ca intervenție complexă

Va fi evident pentru cititorul care a studiat capitolele despre mecanismele de acupunctură din această carte că acele sunt capabile să producă o mare varietate de efecte. Este posibil ca aceste efecte să fie diferite în momente diferite, deoarece depind în mare măsură de starea neurologică a pacientului la momentul tratamentului. De exemplu, cele mai bune efecte pot fi observate la pacienții care nu sunt anxioși și pot exista și alte moduri în care sistemul nervos răspunde mai bine atunci când este „amorsat". Acest lucru devine cu atât mai complicat cu cât acupunctura poate modifica ea însăși starea pacientului - prin reducerea anxietății, de exemplu.

Toate aceste variabile, asupra cărora avem puțin control, pot afecta răspunsul la acupunctură și, probabil, există și altele pe care încă trebuie să le descoperim. Așadar, nu este surprinzător faptul că răspunsurile la acupunctură pot varia enorm între două studii clinice chiar și atunci când par, în toate intențiile și scopurile, identice.

Rezultatele studiilor de acupunctură în contradicție cu observația clinică

Multe probleme de design pe care le-am discutat pe parcursul acestui capitol, toate se combină pentru a diminua foarte mult șansa de a găsi un efect pozitiv al acupuncturii. Având în vedere toată această gamă de dificultăți care sunt specifice cercetării acupuncturii și având în vedere lipsa resurselor de cercetare în acest subiect, există multe explicații cu privire la motivul pentru care rezultatele studiilor controlate ale acupuncturii nu reflectă adesea cu adevărat efectele pe care le vedem în fiecare zi în practică.

Acupuncturii sunt convinși de eficacitatea acupuncturii urmărind răspunsurile pacienților în practica zilnică - reacții ale pacientului care sunt atât complet noi în medicină, cât și în același timp observate în mod repetat la diferiți pacienți, cum ar fi senzația *de qi* , ameliorarea rapidă a durerii în anumite probleme cum ar fi punctele declanșatoare miofasciale, ameliorarea durerii experimentate în ziua următoare în alte cazuri de durere, cum ar fi euphoria și efectele secundare precum euforia. Acupunctorii sunt convinși de valoarea terapiei lor, în ciuda dovezilor destul de slabe și se simt liniștiți că studiile mai bine concepute vor produce rezultate care să confirme observațiile lor clinice.

Acupunctura este foarte eficientă în practica clinică, dar efectul ei specific este greu de demonstrat.

De fapt, au existat recent câteva semne încurajatoare că calitatea cercetării acupuncturii se îmbunătățește și este liniștitor că multe dintre studiile mai noi, mai riguroase și mai bine concepute produc rezultate pozitive mai convingătoare, în condiții la fel de variate precum greața de la chimioterapie, durerile de gât și durerile cronice de genunchi. Acest lucru, la rândul său, se reflectă în mai mult pozitiv

rezultatele noilor recenzii sistematice, în comparație cu recenziile mai vechi, care au fost adesea limitate de calitatea slabă a studiilor.

w

Alegerea grupului de control

<

C

X

Cercetătorii în acupunctură trebuie să aleagă grupul de control adecvat pentru a răspunde la întrebarea care îi interesează. Trebuie să ne amintim care a fost acea întrebare când interpretăm rezultatele studiului controlat. Grupurile de control cel mai frecvent utilizate sunt:

- *nici un tratament suplimentar, de exemplu pacienții pe o listă de așteptare :* întrebarea aici este dacă acupunctura este mai bună decât tratamentul pe care pacienții îl folosesc deja, cum ar fi medicamentele antiinflamatoare nesteroidiene. Aproape de fiecare dată, acupunctura s-a dovedit superioară îngrijirii obișnuite pentru multe afecțiuni, adesea cu o marjă considerabilă. O parte din acest efect se va datora, desigur, așteptărilor mari de acupunctură pe care le pot avea pacienții, dar care reflectă situația reală din practica clinică. Deci rezultatele sunt utile pentru a indica felul de efecte pe care le-am putea vedea cu acupunctura în practică
- *alt tratament :* întrebarea aici este dacă acupunctura este mai bună decât alte opțiuni de tratament disponibile, cum ar fi manipularea coloanei vertebrale pentru durerile de spate. Răspunsul este important pentru pacienți și medicii acestora, în luarea deciziilor privind planificarea asistenței medicale.

Aceste două tipuri de studii nu descoperă dacă acele în sine sunt eficiente sau dacă este o altă parte a tratamentului - așteptările pacienților, cadrul clinic sau contactul fizic, de exemplu. Prin urmare, scepticii pot respinge rezultatele pozitive drept „doar un efect placebo", dar acest lucru este speculativ și arată o lipsă de înțelegere a relevanței rezultatelor cercetării. În administrarea oricărui tratament, efectul general include atât efectul specific, cât și așteptările, relația terapeutică și așa mai departe. A aștepta dovezi convingătoare ale unui efect „dincolo de placebo" înainte de a decide să utilizați un tratament despre care se știe că este sigur, implică un risc serios de a refuza pacienților ameliorarea efectivă a simptomelor. De asemenea, poate costa bani pacienților, de exemplu, dacă li se refuză revenirea timpurie la locul de muncă.

- *acupunctura simulată :* acest grup de control este utilizat într-un studiu menit să afle dacă acupunctura este superioară *placebo* . Acesta este genul de studiu pe care și-l doresc factorii de decizie, deoarece trebuie să știe că un tratament „are un efect biologic" înainte de a lua în considerare furnizarea acestuia. Având în vedere dificultățile practice ale „acupuncturii placebo" pe care le-am discutat deja în detaliu, este probabil ca studiile controlate de simulare cu rezultate negative ar putea fi nesigure. Rezultatele fals-negative sunt foarte probabile. Faptul că puncția acu se dovedește a fi mult mai bună decât îngrijirea obișnuită sau alte tratamente este mult mai important pentru pacienți decât dacă s-a dovedit în mod oficial superioară „placebo" în starea lor particulară. La urma urmei, placebo nu este o opțiune de tratament, în timp ce îngrijirea obișnuită sau alte tratamente sunt ceea ce li se va oferi.

• *alți placebo :* câteva studii au folosit alți placebo ca control - comprimate placebo, placebo TENS și așa mai departe. Aceste studii nu sunt atât de utile pe cât ar părea: dacă acupunctura este superioară TENS placebo, scepticii ar putea argumenta că aceasta se datorează faptului că acele au un impact psihologic mai mare. De asemenea, ca și până acum, în practică, pacienților nu li se vor oferi acești alți placebo, astfel încât rezultatele acestor studii nu influențează în mod direct practica.

Compania germană de asigurări studiază

În anii de după începutul secolului al XXI-lea, mai multe companii germane de asigurări de sănătate au sponsorizat o serie de studii riguroase. Aceste companii rambursaseră pacienții pentru tratamentul cu acupunctură, dar îl considerau din ce în ce mai scump. Așa că au decis să caute dovezi pe care să-și întemeieze deciziile de rambursare și au organizat o serie de studii folosind diferite modele pentru a răspunde la diferite întrebări. Ei au efectuat studiile la pacienți cu dureri de cap (dureri de cap tensionate sau migrene), dureri de gât, dureri de spate și osteoartrită la genunchi și șold.

Ei au efectuat studii observaționale ample, necontrolate, pentru a măsura siguranța și eficacitatea generală a acupuncturii și studii randomizate randomizate mari care comparau acupunctura cu îngrijirea obișnuită pentru a măsura îmbunătățirile relative la pacienți asociate cu tratamentul. Acestea au arătat efecte mari ale tratamentului și un nivel ridicat de siguranță.

Ei au organizat studii clinice randomizate cu trei brațe, oferind grupurilor acupunctură, puncție simulată cu acupunctură superficială la puncte netradiționale și lăsând un grup pe o listă de așteptare pentru tratamentul ulterior cu acupunctură (Linde și colab. 2006, Witt și colab. 2006a). La sfârșitul tratamentului, pacienții care au avut acupunctură s-au îmbunătățit mai mult decât cei care au avut simulare, în aproape toate studiile, deși în majoritatea cazurilor diferența a fost o tendință și a atins semnificație statistică doar în cazul osteoartritei. Atât acupunctura, cât și acupunctura simulată au fost semnificativ mai bune decât îngrijirea obișnuită, pentru aproape fiecare condiție testată.

Un al doilea program de RCT mai mari, cu trei brațe, controlate prin simulare (GERAC) a folosit cel mai bun tratament standard în cel de-al treilea braț, mai degrabă decât pe lista de așteptare (de exemplu, Scharf și colab. 2006). Aceste studii au oferit date utile despre valoarea acupuncturii în raport cu cea mai bună îngrijire standard la momentul respectiv.

A existat întotdeauna o întrebare dacă acupunctura utilizată în contextul unui studiu clinic este mai eficientă decât acupunctura „de zi cu zi" în practica clinică normală. Companiile de asigurări au profitat de oportunitatea de a soluționa această problemă prin realizarea unui studiu *de preferințe* (Witt et al 2006b). Pacienții au fost invitați să se alăture unui studiu în care ar fi randomizați să aibă acupunctură fie imediat, fie după o așteptare de 3 luni. Pacienților care au refuzat să fie randomizați li sa oferit imediat acupunctură și, în general, au fost cei cu simptome puțin mai severe. Cea mai importantă constatare a acestui studiu a fost că acupunctura a fost la fel de eficientă, indiferent dacă a fost administrată în practica obișnuită, în afara RCT sau în contextul RCT. Faptul că răspunsul la acupunctură a fost așa

stabil și previzibil (între un grup de pacienți) ar putea fi interpretat ca un alt semn că are un efect biologic și este mai mult decât „placebo”.

w

Reimbursement for acupuncture treatment of chronic knee pain and low back pain is based on evidence.

X u

To summarize these results:

- acupunctura este fie echivalentă cu (migrenă), fie mult mai bună decât (dureri cronice de spate, osteoartrita la genunchi), îngrijirea standard
- eficacitatea acupuncturii în RCT este aceeași ca și în practica de zi cu zi
- acupunctura arată în general cel puțin o tendință de a fi superioară acupuncturii simulate, dar atinge doar semnificație statistică pentru durerea de genunchi. Rețineți că acupunctura simulată în aceste studii a fost foarte probabil să fie un tratament activ.

Pe baza acestor rezultate, organizațiile de asigurări au decis să ofere finanțare pentru tratamentul prin acupunctură a două afecțiuni:

1. Osteoartrita genunchiului - pentru că este mai bună decât acupunctura simulată, iar efectul este de o dimensiune utilă
2. Dureri de spate - pentru că, deși acupunctura nu s-a dovedit a fi mai bună decât acupunctura simulată, durerea de spate este un dezastru economic pentru care îngrijirea standard are puțin de oferit, este suficient ca acupunctura să fie mai bună decât îngrijirea standard.

Evaluarea probelor

Vom rezuma acum dovezile privind acupunctura pentru o serie de afecțiuni , utilizând recenzii sistematice, acolo unde sunt disponibile, și în alt mod RCT.

Având în vedere problemele speciale în efectuarea studiilor clinice ale acupuncturii , nu este deloc surprinzător că revizuirea lor duce, de asemenea, la dificultăți și adesea nu este bine făcută. Evaluările slabe, de exemplu, au combinat diferite condiții într-o singură analiză, nu au reușit să definească tipul de puncție acută sau să țină seama dacă a fost efectuată bine și nu au reușit să înțeleagă subtilitatea diferitelor controale simulate. Acest lucru duce inevitabil la rezultate inexacte, care sunt adesea în detrimentul acupuncturii.

Nu prezentăm aici o analiză cuprinzătoare a dovezilor; de exemplu, nu luăm în considerare studiile de laborator la oameni, dintre care sunt multe. Acest capitol este conceput ca o introducere în punctele forte și punctele slabe ale bazei de dovezi ale acupuncturii. Credem că dovezile de aici pot fi considerate ca un indicator către principalele domenii în care acupunctura este cel mai probabil să fie pe deplin integrată în îngrijirea medicală occidentală.

Vom limita în mare măsură această discuție asupra eficacității la studiile clinice controlate publicate în literatura occidentală, deoarece literatura chineză pare să conțină doar studii pozitive (Vickers et al 1998).

Vom lua în considerare dovezile despre rentabilitatea acupuncturii într-o secțiune separată spre sfârșitul acestui capitol.

Acupunctură pentru afecțiuni musculo-scheletice

Dureri de gât

Durerea de gât este o afecțiune care, conform experienței clinice a multor practicieni , pare să răspundă mai rapid și mai satisfăcător decât aproape orice alta. Revizuirea actuală Cochrane a 10 studii de acupunctură (661 de participanți) pentru durerile cronice de gât concluzionează:

> *Există dovezi moderate că acupunctura ameliorează durerea mai bine decât unele tratamente simulate, măsurate la sfârşitul tratamentului. Există dovezi moderate că cei care au primit acupunctură au raportat mai puțină durere la urmărirea pe termen scurt decât cei aflați pe o listă de așteptare. Există, de asemenea, dovezi moderate că acupunctura este mai eficientă decât tratamentele inactive pentru ameliorarea durerii după tratament și aceasta este menținută la o urmărire pe termen scurt.*
>
> *(Trinh et al 2007)*

Având în vedere că o analiză Cochrane trebuie să își formuleze concluziile într-un limbaj extrem de precaut și extrem de circumspect și luând în considerare și dificultățile în cercetarea acupuncturii, această afirmație reprezintă de fapt o susținere destul de semnificativă a acupuncturii. Când analizăm această dovadă în contextul altor recenzii (mai jos, dureri cronice de spate) care arată că acupunctura este superioară tratamentului simulat pentru durerile de coloană în altă parte, pare rezonabil să concluzionăm că acupunctura are efecte specifice asupra durerii de gât.

Dimensiunea efectului acupuncturii în durerile cronice de gât nu este deosebit de mare, dar deoarece alte tratamente au, de asemenea, un efect limitat, acupunctura are cu siguranță un loc în gestionarea acestei afecțiuni. Mai mult, marele studiu German Acupuncture in Routine Care (ARC) asupra durerii de gât (N = 14 161 cohorta totală; N = 3766 randomizat), care reflectă mai exact ceea ce se întâmplă în practica reală, demonstrează clar eficacitatea acupuncturii în comparație cu îngrijirea obișnuită (Witt et al 2006a). Rețineți dimensiunea elementului randomizat al acestui studiu în comparație cu numărul total de participanți la revizuirea Cochrane menționată mai sus (Trinh et al 2007).

În asistența medicală primară, pacienții prezintă de obicei dureri cervicale acute sau subacute. Nu există studii clinice randomizate în mod specific pentru acest grup, dar dovezile din asistența medicală primară arată că pacienții răspund rapid și satisfăcător (Ross et al 1999).

durere la membrele superioare „

Un studiu de bună calitate la pacienții dintr-un centru sportiv cu itis la tendonul coafei rotatoarelor ($N = 52$) a fost realizat de Streitberger și colegii, care prima H a descris acul fals care se prăbușește, nepenetrant (Kleinhenz și colab. 1999). Starea stării umărului a fost evaluată prin orto -x orb chirurgi pediatri care utilizează o evaluare standardizată (scor Constant-Murley) U pentru durere și funcție. După 4 săptămâni de tratament cu acupunctură, îmbunătățirea a fost de 19 puncte, dar după acupunctura simulată a fost de doar 8 puncte ($P = 0,014$).

Cotul de tenis (epicondilita laterală) răspunde adesea în practica clinică, așa că ar putea fi un bun candidat pentru cercetare și este surprinzător că există atât de puține studii pe acest subiect. Două studii au fost pozitive. În primul ($N = 82$), Haker și colegii au descoperit că acul profund în punctele de acupunctură a fost mai eficient decât acul superficial în aceleași puncte (Haker & Lundeberg 1990). Într-un al doilea studiu ($N = 55$), Fink și colegii sai au constatat că zece tratamente (de două ori pe săptămână) cu acupunctură autentică au fost superioare acționării în locuri neadecvate, când pacienții au fost evaluați la 2 săptămâni după încheierea tratamentului (Fink et al 2002). În ambele studii, diferența nu a rămas semnificativă statistic la urmărirea pe termen lung, ceea ce probabil reflectă faptul că oricum cotul de tenis se rezolvă în timp. Trinh și colegii săi au revizuit șase studii de înaltă calitate și au concluzionat că acestea constituie dovezi puternice că acupunctura a avut cel puțin un efect pe termen scurt asupra dilita epiconului lateral (Trinh et al 2004).

Dureri lombare

O revizuire sistematică a constatat 33 de studii despre acupunctura pentru durerea lombară - o cantitate de cercetare la care ne-am putea aștepta să producă concluzii definitive (Manheimer și colab. 2005). Cu toate acestea, studiile au recrutat pacienți cu diferite tipuri de dureri de spate, diferite tipuri de acupunctură și o serie de rezultate, astfel încât fiecare analiză individuală a inclus un număr relativ mic de studii și a avut tendința de a avea constatări oarecum neconcludente.

Acupunctura a fost semnificativ superioară tratamentului simulat (șapte studii) și îngrijirii obișnuite (opt studii) pentru efectul pe termen scurt asupra durerii cronice de spate. Dimensiunile efectului au fost rezonabile - 0,5 și, respectiv, 0,7. Nu există suficiente studii pentru a fi siguri despre îmbunătățirea funcției sau despre rezultatele pe termen lung în durere, deși în ambele cazuri tendințele au fost puternic în favoarea acupuncturii. Concluzii similare au fost trase de o revizuire Cochrane publicată aproximativ în același timp (Furlan et al 2005).

De la aceste recenzii, a fost publicat un studiu de la asistența primară în Marea Britanie (N = 239), care a comparat acupunctura cu îngrijirea obișnuită numai. Puncția acu a fost superioară pentru una dintre măsurătorile durerii, prezentând o tendință la 12 luni și o diferență semnificativă la 24 de luni (Thomas et al 2005). Cu toate acestea, nu a existat nicio diferență între grupuri în evaluarea deficienței funcționale, folosind scorul Oswestry.

În general, prin urmare, acupunctura are un rol de jucat în gestionarea durerilor cronice de spate. Rata sa de succes poate să nu fie prea impresionantă, dar este destul de respectabilă în comparație cu alte tratamente. Companiile germane de asigurări au decis rambursează acupunctura pentru durerile de spate tocmai din acest motiv.

U
z

Dureri de spate și pelvine în timpul sarcinii

Unele autorități insistă asupra diferențierii durerii spinale de spate de durerile pelvine la femeile însărcinate. Nu toate studiile au făcut acest lucru, așa că nu este ușor să le combinați în mod semnificativ într-o revizuire. De fapt, majoritatea studiilor au arătat un rezultat bun, indiferent de originea durerii, deși studiile au fost neoarbe. De exemplu, într-un studiu pe 60 de femei, acupunctura a fost superioară fizioterapiei în ameliorarea durerii și a dizabilității (Wedenberg et al 2000). Un alt studiu s-a bazat în Göteborg și a implicat 386 de femei însărcinate cu dureri de centură pelviană, care au primit toate tratament standard (Elden et al 2005). Femeile care au primit acupunctură în plus au redus semnificativ durerea, iar acupunctura a fost, de asemenea, superioară exercițiilor specifice de stabilizare.

Dureri cronice de genunchi

O revizuire sistematică recentă a găsit 13 RCT (care implică 2362 de pacienți) de acupunctură pentru durerea cronică de genunchi, în principal din cauza osteoartritei (White și colab. 2007). Autorii au stabilit următoarele cinci criterii pentru a stabili dacă acupunctura a fost considerată „adecvată”:

- Cel puțin șase tratamente
- Cel puțin o dată pe săptămână
- Cel puțin patru puncte cu ace
- Pentru cel puțin 20 de minute
- Fie stimulare manuală pentru a provoca *de qi* , fie stimulare electrică de o intensitate suficientă pentru a produce mai mult decât o senzație minimă.

În plus, ei au precizat că controalele simulate ar putea fi numite „adevărat simulare” doar dacă evitau acul în picioare în aceleași segmente ca și articulația genunchiului. O meta-analiză a arătat că acupunctura a fost net superioară acupuncturii simulate atât pentru durere, cât și pentru funcționare, atât pe termen scurt, cât și pe o perioadă de 6-12 luni.

Rezultatele sunt robuste: se bazează pe studii de bună calitate efectuate în diferite centre de cercetare, în diferite țări și nu sunt influențate de diferențele dintre studii (cuvântul tehnic pentru care este eterogenitate). Pentru a evalua valoarea clinică reală a tratamentului cu acupunctură, acești autori au calculat „mărimea efectului” a tratamentului. Mărimea efectului este diferența care este observată, împărțită la abaterea standard, iar acest calcul simplu oferă un număr (fără unități) care poate fi utilizat pentru a compara tratamentele. De obicei, dimensiunile efectului de 0,2 sunt considerate mici, 0,5 sunt medii și 0,8 sunt mari. Mărimea efectului acupuncturii în comparație cu îngrijirea obișnuită este estimată la 0,8. Mărimea efectului în comparație cu placebo este de aproximativ 0,3, ceea ce

este aproximativ același cu efectul medicamentelor antiinflamatoare nesteroidiene (White & Kawakita 2006).

Această revizuire include patru studii moderne, bine concepute, care au fost în total acord în a demonstra că acupunctura este superioară tratamentului conservator pentru durerea de genunchi, cum ar fi îngrijirea obișnuită sau educația. Trei dintre studii au constatat, de asemenea, acupunctura superioară acupuncturii simulate, în timp ce cel mai mare studiu (Scharf et al 2006) nu a făcut-o. Acesta a găsit doar o tendință în favoarea acupuncturii în procentul de respondenți la acupunctura reală și la acupunctura simulată, care nu a atins diferențe statistice. Motivele pentru care acest studiu arată doar o tendință ar putea include: (1) în acest studiu multicentric amplu care a implicat aproape 300 de practicieni, fiecare medic a tratat în medie doar trei pacienți, așa că era puțin probabil să fi dat un tratament optim, fie că este reală sau simulată puncție acută; (2) tuturor grupelor au primit exerciții fizice, care pot funcționa într-un mod similar cu acupunctura, reducând efectul combinat; și (3) măsurarea procentului de respondenți este mai puțin sensibilă decât măsurarea modificărilor scorurilor durerii. În realitate, rezultatele acestui studiu au fost direct în concordanță cu celelalte studii din meta-analiză (Fig. 9.2), care a concluzionat că:

- acupunctura este superioară acupuncturii simulate pentru durerile cronice de genunchi
- Beneficiile acupuncturii pentru durere și funcție durează mai mult de 6 luni
- Având în vedere avantajele acupuncturii, cum ar fi siguranța și lipsa unei doze zilnice, aceasta ar trebui considerată o alternativă reală la AINS.

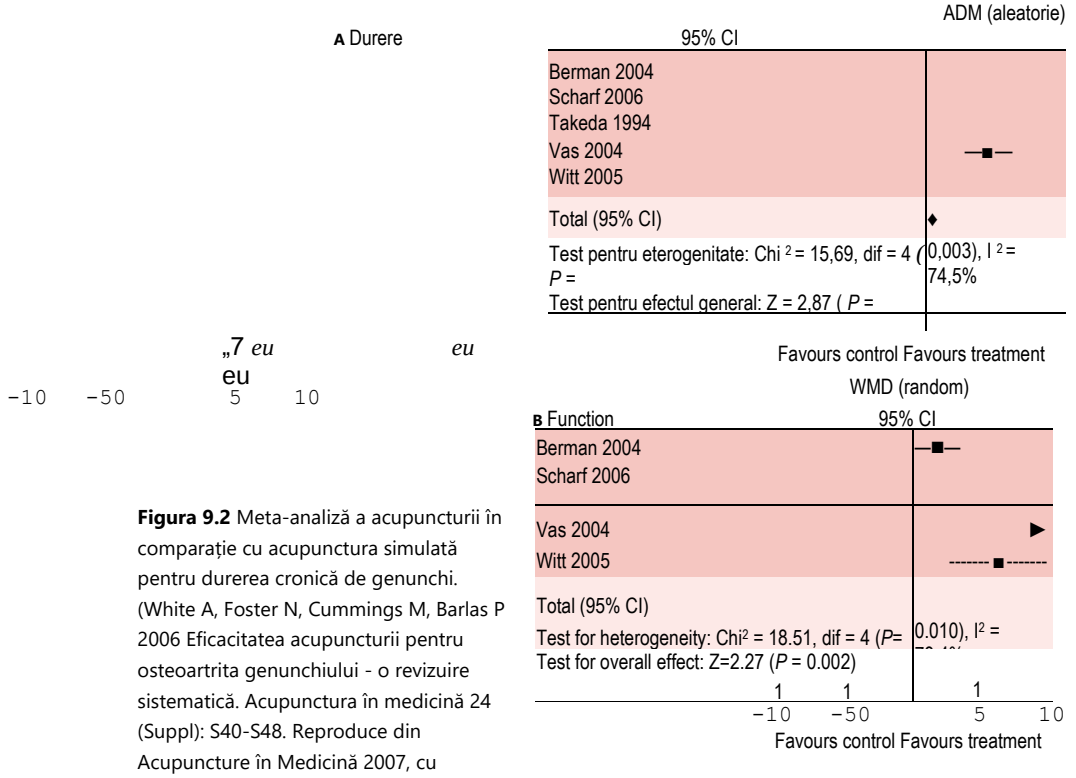


Figura 9.2 Meta-analiză a acupuncturii în comparație cu acupunctura simulată pentru durerea cronică de genunchi. (White A, Foster N, Cummings M, Barlas P 2006 Eficacitatea acupuncturii pentru osteoartrita genunchiului - o revizuire sistematică. Acupunctura în medicină 24 (Suppl): S40-S48. Reproduce din Acupuncture în Medicină 2007, cu

permisiunea.)

Dureri miofasciale

În practica clinică, anumite tipuri de durere miofascială, după o leziune, de exemplu, răspund cel mai rapid la acupunctură și sunt una dintre cele mai satisfăcătoare condiții.

a trata. Prin urmare, ne-am putea aștepta să găsim o mulțime de cercetări în acest sens. Există o serie de studii, dar ele sunt destul de dificil de interpretat, deoarece adesea nu este clar cât de atent au fost diagnosticați pacienții. Mai degrabă puține dintre studii par să fi tratat pacienți cu miofascial post-traumatic.

durere și majoritatea au inclus pacienți cu puncte de declanșare miofasciale care sunt secundare altor afecțiuni degenerative. Această confuzie cu privire la diagnosticul H a fost demonstrată într-o revizuire (Tough et al 2007). Tandrețea este comună

la pacienții cu durere, dar sensibilitatea nu echivalează neapărat cu un MTrP adevărat. Edwards și Knowles au examinat pacienții care au fost trimiși de către medicul de familie pentru fizioterapie și i-au selectat pe cei ($N = 40$) cu puncte de declanșare, diagnosticați prin sensibilitate la spot, recunoașterea durerii și limitarea mișcării. Un grup a avut acul superficial și a fost învățat exerciții de întindere; un alt grup a făcut exerciții de întindere singur; iar un al treilea grup nu a avut niciun tratament (Edwards & Knowles 2003). A existat o tendință în favoarea acupuncturii la toate perioadele de urmărire, dar diferența a fost doar semnificativ superioară ($P = 0,043$) pentru a se întinde singur la 3 săptămâni după tratament. Ei au măsurat, de asemenea, pragul durerii de presiune peste punctele de declanșare și au găsit modificări similare. Un studiu mai amplu ar putea arăta o diferență semnificativă (rezultat fals negativ, eroare de tip 2).

Ceccherelli și colegii au găsit un efect pozitiv în favoarea pungii profunde în comparație cu acul superficial la pacienții cu dureri de umăr ($N = 44$): a existat o diferență semnificativă în favoarea acului profund la sfârșitul tratamentului și 3 luni mai târziu (Ceccherelli et al 2001).

Fibromialgie

Fibromialgia ar trebui să se distingă clar de durerea punctului de declanșare miofascial, cel mai evident prin faptul că durerea punctului de declanșare miofascial este în general unilaterală și are relativ puține consecințe psihologice. Fibromialgia este diagnosticată prin prezența durerii deasupra și sub talie și pe ambele părți ale corpului timp de cel puțin 3 luni, cu sensibilitate la presiune în 11 din 18 puncte definite. Nouăzeci și șase la sută dintre pacienții cu fibromialgie au, de asemenea, oboseală și 86% insomnie (Wolfe și colab. 1990).

Literatura despre acupunctura pentru fibromialgie a fost revizuită cu câțiva ani în urmă (Berman și colab. 1999). Au fost incluse șapte studii (trei RCT și patru studii de cohortă): doar unul a fost de înaltă calitate metodologică. Acest studiu de înaltă calitate ($N = 70$) a constatat că electroacupunctura reală timp de 3 săptămâni a fost mai eficientă decât acupunctura simulată pentru ameliorarea durerii, creșterea pragurilor durerii, îmbunătățirea evaluărilor globale și reducerea rigidității matinale (Deluze 1992). Unii pacienți nu au raportat niciun beneficiu, iar unii au raportat o exacerbare a durerii asociate fibromialgiei - care se observă frecvent atunci când se tratează astfel de pacienți în practica clinică.

Un RCT mai recent, controlat prin simulare, a fost, de asemenea, neobișnuit de riguros și a inclus caracteristici precum plasarea unei plăci sub bărbia pacientului pentru

a preveni

ei văzând tratamentul (Martin et al 2006). În două grupuri de 25 de pacienți, electroacupunctura a fost semnificativ mai bună decât acupunctura simulată conform Chestionarului de impact asupra fibromialgiei pe parcursul perioadei de probă de 7 luni. Oboseala și anxietatea s-au îmbunătățit mult.

Prin urmare, acupunctura poate fi utilă pentru unii pacienți cu fibromial gia, deși dovezile nu sunt concludente.

Alte afectiuni musculo-scheletice

Există puține studii privind acupunctura pentru osteoartrita (OA) de șold, dar studiul pragmatic amplu din seria companiei germane de asigurări a constatat că efectele acupuncturii asupra durerii de șold au fost similare cu efectele asupra durerii de genunchi (Witt et al 2006b). Nu există suficiente dovezi din RCT pentru a trage concluzii utile cu privire la rolul acupuncturii în tratarea artritei inflamatorii , cum ar fi spondilita anchilozantă sau artrita reumatoidă.

Acupunctura pentru dureri de cap

Migrenă

Majoritatea studiilor despre migrenă au investigat rolul acupuncturii în prevenire, adică tratamentul administrat între atacuri. O revizuire a șaisprezece RCT-uri ale acupuncturii pentru prevenirea migrenei a concluzionat că balanța dovezilor este în favoarea acupuncturii să fie superioară falsei, deși calitatea generală a studiilor a fost prea slabă pentru a trage concluzii puternice (Melchart et al 2001).

De când a fost efectuată acea revizuire, a fost publicat un RCT mare în care pacienții cu dureri de cap cronice ($N = 401$, în principal cu migrenă) au fost randomizați fie pentru a primi 12 tratamente de acupunctură, fie pur și simplu pentru a continua îngrijirea obișnuită a medicului de familie (Vickers et al 2004). Pe parcursul unui an de urmărire, grupul de acupuncție a experimentat cu 22 de zile mai puține cu dureri de cap decât grupul de control. Diferența a fost semnificativă. Grupul de acupunctură a raportat, de asemenea, scoruri mai mici pentru dureri de cap și o calitate mai bună a vieții. Îmbunătățirea a fost asociată cu o reducere a utilizării resurselor de asistență medicală, care a compensat o parte din costul tratamentului cu acupunctură (a se vedea mai jos). Acest studiu a fost finanțat ca parte a programului de evaluare a tehnologiei sanitare a serviciilor de sănătate din Regatul Unit.

Seria germană de asigurări a inclus două RCT-uri mari care au fost publicate . Într-una, 12 tratamente de acupunctură au fost comparate cu acupunctura simulată (punctura superficială de non-puncturi) și lista de așteptare, la 302 pacienți cu migrenă (Linde et al 2005). Ambele intervenții au fost semnificativ ($P = 0,001$) mai bune decât controlul listei de așteptare pentru zile cu dureri de cap moderate sau severe, dar nu a existat nicio diferență semnificativă între puncția acută reală și cea simulată. În celălalt studiu, acupunctura a fost comparată cu acupunctura simulată și cu medicația standard cu b-blocante, blocante ale canalelor de calciu sau medicamente antiepileptice la 960 de pacienți (Diener și colab. 2006). Nu a existat o diferență semnificativă în zilele cu migrenă în grupurile după tratament, deși o tendință în favoarea acupuncturii cu rate de răspuns de 47% în grupul cu acupunctură reală, 39% în grupul cu acupunctură simulată și 40% în grupul standard.

Întrebarea dacă acupunctura are vreo valoare în tratamentul migrenei *acute* a fost studiată într-un studiu (*N* = 179), care a comparat acupunctura pq cu injecția de sumatriptan și cu o injecție simulată (Melchart și colab. w 2003). Dacă sunt administrate în stadiile incipiente, acupunctura și sumatriptanul sunt blocate dezvoltarea migrenei în general la 35% dintre pacienți, în timp ce sham a făcut ACEST lucru la doar 18%. Cu toate acestea, dacă primul tratament a eșuat și durerea de cap s-a stabilit, apoi sumatriptanul a fost mai eficient decât acupunctura. Acupunctura a provocat semnificativ mai puține efecte secundare decât sumatriptanul.

£ Cefalee de tip tensional

Cefaleea tensională cronică - definită ca durere de cap care apare mai mult de 15 zile pe lună - este o afecțiune aproape insolubilă și un test greu pentru acupunctură . Durerile de cap care apar în mai puțin de 15 zile pe lună (clasificate ca dureri de cap tensiunii episodice) răspund la unele intervenții, inclusiv acupunctura. La unii pacienți, simptomele cefaleei tensionale pot fi strâns legate de TrP la nivelul umerilor și gâtului și acești pacienți pot fi cei care răspund cel mai bine la tratament. O revizuire sistematică a acupuncturii în cefaleea tensională a ajuns la un verdict „promițător", deoarece un studiu a fost pozitiv și altul a arătat o tendință pozitivă (Melchart și colab. 2001).

De la publicarea acelei recenzii, alte studii nu au susținut. Un studiu (N = 50) nu a găsit nicio diferență între punctele sensibile ale acului și presiunea cu un baton de cocktail (White și colab. 2000), din nou posibil explicată de efectele sistemului limbic. Într-un alt studiu, 69 de pacienți au primit fie acupunctură tradițională, fie injecție simulată, fără nicio diferență semnificativă în ceea ce privește rezultatul (Karst și colab. 2001) - dar pacienții cu cefalee tensională cronică au fost incluși în acest studiu.

Un alt studiu, acesta din cadrul seriei germane de asigurări, a inclus 270 de pacienți cu cefalee tensională episodică sau cronică (Melchart et al 2005). Ei au primit fie acupunctură, fie pungi superficiale la punctele non-acupunctură, fie au fost într-un grup de control pe lista de așteptare. Din nou, ambele forme de acupunctură au fost semnificativ mai bune decât lista de așteptare pentru reducerea numărului de zile cu dureri de cap. A existat o tendință puternică în favoarea puncției acupuncturii, arătată de rata de răspuns: proporția respondenților (reducere de cel puțin 50% în zilele cu dureri de cap) a fost de 46% în grupul cu acupunctură, 35% în grupul cu acupunctură minimă și 4% în grupul pe lista de așteptare.

Se pare probabil că studiile care selectează pacienții cu mai multă atenție – adică doar severitate moderată și cu simptome clar legate de punctele declanșatoare – ar putea avea mai multe șanse de rezultate pozitive.

Acupunctura pentru alte afectiuni dureroase

Durere cronică

O revizuire sistematică exhaustivă a literaturii a constatat un total de 51 de studii publicate în limba engleză în care acupunctura a fost folosită pentru durerea cronică, inclusiv afecțiuni musculo-scheletice, sindrom Raynaud, angină, nevralgie post-herpetică,

cefalee etc. (Ezzo et al 2000). Rezultatele generale au fost: dovezi slabe că acupunctura este superioară controalelor inactive, cum ar fi TENS simulat, sau puncție acupunctură simulată , cum ar fi puncția superficială; și rezultate neconcludente în comparație cu
w
cu alte tratamente precum TENS, medicamente sau fizioterapie. Această revizuire a luat în considerare cu atenție calitatea studiilor și a constatat că studiile de calitate mai bună au mai multe șanse să fie negative - probabil pentru că punctele au fost X
acordat pentru orbire, astfel încât studiile cu scoruri mai mari au fost mai susceptibile de a utiliza simularea „D
acupunctura care, după cum am văzut, are unele efecte clinice.

Dureri dentare

Deși o analiză timpurie a fost pozitivă (Ernst & Pittler 1998), este oarecum dificil de interpretat concluzia deoarece studiile au fost variate: revizuirea a inclus atât studii experimentale de laborator folosind durerea dentară ca rezultat , cât și studii clinice în chirurgia dentară.

Durerea postoperatorie

Un număr mare de studii au testat diferite forme de acupunctură, administrate fie în timpul sau după intervenția chirurgicală, pentru durerea postoperatorie și multe dintre ele arată efecte valoroase în reducerea analgeziei controlate de pacient (Lao et al 1994, Scarsella et al 1994). De exemplu, un studiu al acupuncturii auriculare la 54 de pacienți după o intervenție chirurgicală de înlocuire a șoldului a arătat o reducere cu 30% a scorurilor durerii în decurs de 3 zile (Usichenko și colab. 2005).

Diverse

Pentru multe alte afecțiuni dureroase, inclusiv nevralgia post-herpetică și sindromul durerii regionale, nu există studii suficiente pentru a putea formula concluzii.

Acupunctura pentru afectiuni respiratorii

Astm

Au fost revizuite unsprezece studii (324 de participanți) privind acupunctura pentru astm (McCarney et al 2004). Dovezile sunt destul de confuze, potrivit recenzenților, care comentează că punctele care au fost utilizate ca tratament activ într-un studiu, bazat pe diagnosticul tradițional, sunt utilizate ca puncte de control inactive în alte studii. În plus, raportarea studiilor a fost slabă și calitatea studiilor a fost considerată inadecvată pentru a generaliza concluziile, așa că nu este deloc surprinzător că recenzenții au concluzionat că nu au existat suficiente dovezi pentru a face recomandări.

În ciuda lipsei de dovezi de bună calitate, există un interes continuu pentru utilizarea acupuncturii în astm, în special de către acupuncturiștii tradiționali. Acest lucru poate proveni din rapoartele anecdotice despre succese dramatice în tratarea astmului. Astfel de rapoarte sunt doar generatoare de ipoteze; cu toate acestea, ar putea indica

efecte reale într-un subgrup specific, care sunt diluate în RCT până în prezent. Studii de înaltă calitate în astmul acut au arătat un anumit efect (Fung et al pq 1986) și este de remarcat faptul că atacurile de astm în practica de zi cu zi sunt

provocată de o gamă largă de factori pe care niciun tratament nu îi poate influența.

Din știința de bază și datele experimentale, se poate concepe că acupunctura - modulează suficient funcția imună la indivizii cu o capacitate mare de răspuns pentru a avea efecte relevante clinic în practică. Desigur, este important să ne amintim că astmul este o boală care poate pune viața în pericol și este esențial ca pacienții să continue să ia medicamente pentru a preveni atacurile.

Acupunctură pentru dependențe

Renunțarea la fumat

O revizuire sistematică a 24 de studii despre acupunctură și intervenții conexe a constatat că acupunctura este mai bună decât să nu faci nimic (un singur studiu). Dovezile generale din toate studiile au arătat un efect în comparație cu acupunctura simulată, dar aceasta s-a bazat în mare măsură pe un singur studiu și a dispărut în analiza sensibilității (White et al 2006). Prin urmare, concluziile au fost prudente, adică probele nu exclud un efect în nici nu o exclud. Există unele dovezi indirecte că acupunctura continuă, folosind un șurub rezidual, poate fi mai eficientă decât alte intervenții, cum ar fi hipnoterapia (White & Moody 2006).

Dependența de alcool, heroină și cocaină

Studiile clinice privind utilizarea acupuncturii pentru dependența chimică au fost slăbite de ratele ridicate de abandon care sunt inevitabile la acest grup de pacienți. Aceasta înseamnă că este dificil să tragi concluzii de încredere. Unele studii timpurii au părut să arate că administrarea de acupunctură conform protocolului NADA (vezi capitolul 14) a redus rata la care pacienții au abandonat programul. Cu toate acestea, studii ample recente pe 620 de pacienți cu dependență de heroină sau cocaină sau ambele (Margolin și colab. 2002) și pe 530 de pacienți cu dependență de alcool (Bullock și colab. 2002) au constatat că acupunctura la punctele auriculare „adecvate" nu a fost mai eficientă decât acupunctura pentru punctele de control random sau decât un tratament de relaxare sau control venal (Margolin și colab.) (Bullock et al 2002) fără acupunctură.

O revizuire Cochrane a acupuncturii auriculare pentru dependența de cocaină a inclus șapte studii cu un total de 1433 de participanți, deși nu toți au putut fi incluși în meta-analiză. Analiza a fost neconcludentă în ceea ce privește rezultatul său general (Gates et al 2006).

Încercările de genul acesta pot pierde sensul a ceea ce are de oferit acupunctura pentru reabilitarea drogurilor: cel mai bun rol al acupuncturii poate fi acela de a calma consumatorul de droguri atunci când acesta intră în contact pentru prima dată cu serviciile de droguri, astfel încât să se implice în îngrijirea ulterioară. Rapoartele anecdotice sugerează că dependenții devin relaxați, conformanți și pozitivi atunci când li se administrează acupunctură **112** și astfel devin mult mai dispuși să se implice în tratamente

precum consilierea. Cercetările axate pe această acțiune specifică a acupuncturii nu au fost încă publicate.

Acupunctură pentru afecțiuni ale sistemului nervos central

X u

Accident vascular cerebral

Unele dintre primele studii ale acupuncturii pentru reabilitarea accidentului vascular cerebral au fost bine realizate și riguroase și au sugerat că ar putea exista un efect util. De exemplu, când se compară acupunctura cu niciun tratament suplimentar pentru pacienții cu AVC, calitatea vieții a fost îmbunătățită, iar pacienții erau mult mai probabil să fie acasă după 1 an decât să fie încă în spital sau într-un azil de bătrâni (Johansson 1993). Acupunctura părea să aibă potențialul de a economisi foarte mult costurile de reabilitare. Cu toate acestea, studiile ulterioare ale acupuncturii împotriva tratamentului simulat par să arate că efectul s-ar fi putut datora pur și simplu așteptărilor sau atenției suplimentare primite de pacienți. O meta-analiză a paisprezece studii cu 1213 pacienți a concluzionat că, pentru reabilitarea accidentului vascular cerebral, acupunctura nu are niciun efect suplimentar asupra recuperării motorii, dar are un mic efect pozitiv asupra dizabilității, care se poate datora unui adevărat efect placebo (Sze et al 2002). Astfel, suntem forțați să concluzionam că, deși puncția acu este utilizată pe scară largă în țările din Est pentru pacienții cu AVC, cele mai bune dovezi actuale sugerează că nu are niciun efect în afară de placebo.

Acupunctură pentru greață și vărsături

Tratamentul prin acupunctură pentru greață și vărsături este unul dintre subiectele cel mai ușor de cercetat, deoarece pacienții sunt abundenți, tratamentul standardizat (de obicei PC6 bilateral) și simplu, iar orice efect este imediat și poate fi măsurat într-un mod standardizat. Ceea ce nu este încă de acord în general este dacă există vreo diferență în eficacitatea tratamentului cu acul, presiune sau stimulare electrică.

Greață de sarcină

Rolul acupuncturii în tratarea grețurilor la începutul sarcinii nu este complet clar, deoarece dovezile nu sunt uniforme. Studiile timpurii au sugerat un efect puternic, dar au fost criticate pentru că sunt slab controlate. Un studiu riguros al presopunciunii nu a arătat niciun efect în comparație cu presopunctura într-un punct „nepotrivit" sau cu niciun tratament suplimentar (O'Brien și colab. 1996). Un studiu asupra acupuncturii la 55 de femei aflate la începutul sarcinii a constatat că nu a fost superioară tratamentului simulat folosind batoane de cocktail (Knight et al 2001). Un studiu amplu cu patru brațe a comparat acupunctura TCM completă cu acul PC6 simplificat, acul superficial simulat și niciun tratament la 593 de femei (Smith et al 2002a). Toate formele de acupunctură au fost superioare fără tratament pentru greață

(deși nu pentru vărsături), cu semnificație statistică la un moment dat, dar nu au existat diferențe semnificative între grupurile de acupunctură.

pq Pentru a rezuma, dovezile actuale susțin în general eficacitatea presopunctura ca tratament pentru greața de sarcină, dar nu și pentru vărsături.

U z

Z Greață și vărsături postoperatorii

> Douăzeci și șase de RCT (*N* = 3347) de acupunctură pentru greața postoperatorie și vărsăturile au fost revizuite (Lee & Done 2004). Au existat reduceri semnificative ale stării de greață, vărsături și nevoia de antiemetice de salvare în grupul tratat cu acupunctură sau altă formă de stimulare la PC6, în comparație cu grupul de tratament simulat. În comparație cu medicamentele antiemetice, a existat o reducere semnificativă a greației - dar nu a vărsăturilor - în grupul cu stimulare a punctului de acupunctură PC6 în comparație cu grupul cu antiemetice. Cu toate acestea, rezultatele pe termen scurt au fost mai convingătoare decât efectele pe termen lung. O revizuire ulterioară a evaluat părtinirea publicării și a concluzionat că rezultatul pentru vărsăturile postoperatorii precoce a fost robust, în timp ce rezultatul pentru greață este mai puțin sigur și poate fi afectat de studii nepublicate (Lee et al 2006).

Greață și vărsături de la chimioterapie

O revizuire recentă a 11 studii (N = 1247) a constatat că acupunctura, administrată în plus față de antiemetice farmacologice, a redus proporția de pacienți cu vărsături , dar nu a redus severitatea greației (Ezzo et al 2005). Efectul a fost mai marcat cu electroacupunctura decât cu acupunctura manuală. Presopunctura părea, de asemenea, eficientă, dar stimularea electrică prin electrozi de suprafață nu a fost. Autorii au fost precauți în a trage concluzia că acupunctura a avut un loc în practica clinică, în special în comparație cu agenții farmacologici moderni, care sunt de obicei foarte eficienți.

Acupunctură pentru medicina genito-urinară și reproductivă

Afecțiuni ginecologice

Pentru dismenoree, o revizuire a găsit două studii (N = 62) de acupunctură care au demonstrat un efect (White 2003). Două teste de presopunctură au fost, de asemenea, pozitive.

Există acum o serie de studii care sugerează că acupunctura are un efect util asupra bufeurilor postmenopauzei (Wyon et al 1995, Wyon et al 2004). Ca și în cazul migrenei și durerilor de cap tensionale, acupunctura autentică pare să aibă un efect similar cu acupunctura simulată, dar ambele sunt superioare niciunui tratament. Este imposibil de sigur dacă acest lucru se datorează faptului că studiile trebuie să fie mai mari pentru a arăta un efect (eroarea de tip 2) sau pentru că ambele forme de tratament au un efect generalizat sau pentru că ambele acționează doar prin așteptare. Un mare

Studiul observațional a arătat, de asemenea, un efect prelungit valoros al acupuncturii asupra bufeurilor la pacienții cu cancer (Filshie et al 2005).

w

Infertilitate

În domeniul infertilității, cercetările de până acum sugerează că acupunctura poate avea o serie de acțiuni benefice, deși dovezile nu sunt concludente (Stener-Victorin & Humaidan 2006). Există dovezi că electroacupunctura de joasă frecvență a mușchilor abdominali (cu sau fără stimulare a punctelor din picioare) crește fluxul sanguin uterin. Experimentele de laborator indică faptul că efectul este mediat de un reflex supraspinal asupra inervației simpatice (vezi capitolul 6).

Rezultatele timpurii ale studiilor clinice și de laborator sugerează că pacienții cu anovulație din cauza sindromului ovarian polichistic (PCOS) au modificări de lungă durată de la o serie de tratamente cu electroacupunctură.

Pentru fertilizarea in vitro (FIV), mai multe studii au explorat dacă puncția acută în momentul transferului embrionului are un efect asupra ratei sarcinii, iar rezultatele par a fi pozitive (Manheimer et al 2008). Atât acupunctura corporală, cât și cea auriculară pentru infertilitate, în comparație cu îngrijirea obișnuită, au fost pozitive, deși un studiu a folosit acupunctura special pentru analgezie în timpul aspirației ovocitelor.

Acupunctura in sarcina

Efectele acupuncturii asupra durerii pelvine și a durerilor de spate și asupra grețurilor în timpul sarcinii sunt analizate în secțiunile relevante de mai sus.

Acupunctura pare a fi utilă în reducerea durerii travaliului conform a trei studii rezumate într-o revizuire recentă (Lee & Ernst 2004). Un studiu observațional amplu pe aproape 18 000 de femei a constatat că pacienții care au ales acupunctura în timpul travaliului erau mai puțin probabil să necesite analgezie epidurală (Nesheim & Kinge 2006). Există, de asemenea, unele dovezi că acupunctura coace colul uterin la termen și scurtează travaliul (Gaudernack et al 2006).

Condiții urologice

Pentru femeile cu vezică iritativă (urgență, incontinență de urgență, frecvență și nicturie), un RCT la 39 de femei a arătat că acupunctura este la fel de eficientă ca și tratamentul cu medicamentul anticolinergic standard oxibutinină, cu mult mai puține evenimente adverse și, ca urmare, cu mult mai puține abandonuri (Kel leher et al 1994).

Un RCT la 100 de femei cu infecție urinară recurentă a constatat că, în urma tratamentului cu acupunctură, 73% dintre femeile care au primit acupunctură nu au fost infectate, comparativ cu 52% din grupul de control care nu a avut niciun tratament; diferența pur și simplu nu a reușit să îndeplinească semnificația statistică (Alraek et al 2002). Un subgrup cu un anumit tip de istorie părea să se descurce mai bine (Alraek & Baerheim 2003).

Miscellaneous

~ Afecțiuni ale pielii

Un RCT recent care compară acupunctura cu acupunctura simulată la 40 de pacienți cu prurit uremic sugerează că acupunctura este semnificativ superioară (Chou et al 2005, referit și ca Cheh-Yi C).

£ Tinitus

O revizuire a studiilor controlate a inclus două studii deschise și patru studii simulate controlate pe 185 de pacienți (Park și colab. 2000). Patru dintre studii au fost de proiectare încrucișată, ceea ce ar putea introduce probleme deoarece pacienții pot observa diferența dintre tratamente în cele două brațe. În plus, într-un studiu, un pacient a răspuns complet la acupunctura din primul braț și, prin urmare, s-a retras - ceea ce de fapt influențează rezultatele împotriva acupuncturii. O citire atentă a studiilor indică faptul că acupunctura ar putea fi utilă la unii pacienți individuali. Analiza a concluzionat, în general, că nu există dovezi convingătoare că acupunctura are un efect asupra tinitusului, iar această constatare este susținută de un studiu controlat amplu *(N* = 300) din Suedia (Cummings & Lundeberg 2006). Autorii concluzionează că terapia cognitiv-comportamentală ar trebui oferită înainte de acupunctură.

Eficiența costurilor a acupuncturii

Mai mulți medici care practică acupunctura în asistența medicală primară din Marea Britanie au efectuat studii care au arătat cum acupunctura ar putea economisi bani pentru Serviciul Național de Sănătate. Myers și colab. au descoperit că pacienții cărora li s-a administrat acupunctură au folosit cantități mai mici de medicamente analgezice și antiinflamatoare în următoarele 6 luni (Myers 1991). Lindall a măsurat costurile unei clinici de acupunctură finanțate corespunzător și a estimat că ar fi economisit bani prin reducerea trimiterii către clinici de îngrijire secundară (mai scumpe) (Lindall 1999). Ross a arătat că numărul de trimiteri către ambulatoriu de fizioterapie și de reumatologie a scăzut cu 86%, respectiv cu 51%, în cei 3 ani în care a încorporat practica acupuncturii în operația ei zilnică (Ross 2001).

Evaluarea riguroasă a aspectelor economice ale tratamentelor depinde de măsurarea atentă a costului real al tratamentului în raport cu îmbunătățirea stării de sănătate a pacienților. Sănătatea pacienților este evaluată printr-o măsură standard numită QALY (Quality Adjusted Life Year), care ține cont atât de prelungirea vieții (dacă există) în ani, cât și de calitatea vieții în acel timp, pe o scară de la zero (mort) la unu (în stare de sănătate completă). Această măsură funcționează în același mod pentru toate tratamentele în toate condițiile și, astfel, permite o comparație reală a rentabilității diferitelor tratamente. Acum, acupunctura nu prelungește viața în nicio condiție (cu excepția,

probabil, în renunțarea la fumat), deci efectele sale sunt măsurate numai prin creșterea calității vieții ca urmare a tratamentului. Atunci când acupunctura este comparată cu îngrijirea obișnuită, comparația este cunoscută sub denumirea de ICER (raportul de eficiență a costurilor incrementale): acesta măsoară costul îmbunătățirii sănătății pacienților prin acupunctură. Unitățile sunt „£ per QALY". În Marea Britanie, Institutul Național pentru Sănătate și Excelență Clinică (NICE) utilizează ICER pentru a evalua locul noilor tratamente și, ca regulă generală, va recomanda tratamente care costă mai puțin de 20 000 GBP per QALY și poate recomanda tratamente care costă mai mult £ per QALY, în funcție de alte criterii.

Analizele economice ale acupuncturii care au fost efectuate și publicate la această dată sunt rezumate în Tabelul 9.1 . Luați în considerare cele două studii efectuate în Marea Britanie: pentru durerile de spate, costul tratamentului cu acupunctură în regiunea de 200 GBP per pacient (Ratcliffe et al 2006); acest cost a fost ușor compensat de utilizarea mai scăzută a altor servicii de asistență medicală (inclusiv clinica pentru durere) pe parcursul perioadei de probă, iar ICER total (costul pe QALY) a fost de 4241 GBP. Pentru durerile de cap cronice, rentabilitatea acupuncturii a fost estimată la 9180 GBP per QALY (Wonderling et al 2004). Ambele estimări sunt competitive în comparație cu multe intervenții medicale acceptate.

Costul principal al unui serviciu de acupunctură este costul acupunctorului, inclusiv cheltuielile generale, cum ar fi dezvoltarea profesională și managementul

TABELUL 9.1

Eficacitatea costurilor a acupuncturii, din evaluările economice complete ale studiilor controlate randomizate

Stare	Numărul *N* =	Context	Urmare	Cost pe Viață ajustată de calitate An
Dureri de spate (Ratcliffe și colab 2006)	241	Privat acupuncturist	2 ani	4241 GBP
Dureri de spate (Witt et al 2006c)	2388	Medic acupuncturist [a]	6 luni	7157 GBP
Durere de cap (Wonderling et al 2004)	401	Privat kinetoterapeut	1 an	9180 GBP
Dureri de cap (Witt et al 2006a)	2682	Medic acupuncturist	3 luni	£7881
Dureri de gât (Witt et al 2006a)	3005	Medic acupuncturist [a]	3 luni	8479 GBP
Osteoartrita genunchi sau șold (Witt et al 2006a)	421	Medic acupuncturist [a]	3 luni	12 135 GBP

[a] Desfășurat în Germania, ICER în euro convertit în lire sterline la 1 EUR = 0,68 GBP (rata 2007). Alte studii efectuate în Marea Britanie.

a serviciului. În realitate, practicienii cu resurse vor găsi modalități de a reduce aceste costuri la minimum pentru a putea oferi un serviciu valoros pacienților lor. Mulți medici de familie și fizioterapeuți și alți lucrători din domeniul sănătății care sunt deja angajați în serviciul de sănătate reușesc să încorporeze puncția acustică în practica lor de zi cu zi fără a diminua îngrijirea altor pacienți. O altă variantă este organizarea serviciului astfel încât mai mulți pacienți să poată fi tratați în același timp. Acest tip de aranjament poate îmbunătăți semnificativ rentabilitatea acupuncturii și merită investigat

ca mijloc de furnizare eficientă a acupuncturii într-un serviciu de sănătate cu resurse limitate.

La Royal London Homoeopathic Hospital, o asistentă senior instruită în puncție acu oferă în prezent formula de electroacupunctură pentru osteoartrita genunchiului, tratând până la 12 pacienți în fiecare oră într-o „clinică de volum mare". Efectele clinice arătate într-un audit al rezultatelor par să fie în concordanță cu cele ale marilor RCT.

Rezumat

Există o serie de dificultăți în proiectarea traseelor clinice riguroase ale puncției acu, cum ar fi lipsa unui control placebo inert adecvat, dificultățile de orbire a practicianului, de a ști ce condiții să investigheze și lipsa capacității și resurselor de cercetare pentru a urma o cale de cercetare logică și complet amănunțită. În plus, acupunctura este o intervenție complexă și necesită o abordare imaginativă.

Studiile au arătat în mod repetat că acupunctura este mai eficientă decât a nu face nimic pentru multe afecțiuni și are un efect suficient de mare pentru a fi util clinic. Cea mai puternică dovadă că acupunctura este superioară placebo este pentru greața postoperatorie, durerile cronice de genunchi și durerile de spate. Există o tendință ca noile recenzii sistematice să producă rezultate mai pozitive atunci când încorporează studiile moderne, mai riguroase și mai bine concepute. În multe domenii clinice, totuși, dovezile că acupunctura are un efect clinic valoros se bazează mai mult pe interpretarea de bun simț a studiilor observaționale și a seriilor de cazuri decât pe studiile clinice controlate simulate.

CHAPTER

Dovezi privind siguranța acupuncturii 10

Cuprins

Introducere: acupunctura este sigură în mâinile pricepute 119

O abordare modernă a siguranței 120

Riscurile potențiale ale acupuncturii 121

Rezumatul 126

După ce ați citit acest capitol, ar trebui să puteți:

- Numiți patru evenimente adverse ușoare comune ale acupuncturii
- numiți un eveniment advers inevitabil
- Numiți trei evenimente adverse grave.

Introducere: acupunctura este sigură în mâinile pricepute

Acupunctura are o reputație de siguranță, iar acest lucru a fost acum confirmat de o serie de sondaje prospective în diferite țări.

Într-un studiu între 1998 și 2000, 78 de medici și fizioterapeuți din Marea Britanie au raportat evenimente adverse care au apărut în timpul sau după 32 000 de consultații care implică acupunctură (White și colab. 2001). Nu au fost raportate evenimente adverse grave și evenimente minore, cum ar fi sângerarea, au apărut în medie în mai puțin de 7% dintre tratamente. Aceste cifre sunt în esență similare cu constatările altor studii în rândul practicienilor instruiți și într-o varietate de țări, cum ar fi un sondaj de 34 000 de tratamente efectuat de 1848 de acupuncturi non-medici pe o perioadă de 4 săptămâni în Marea Britanie (MacPherson et al 2001); un studiu de peste 65 000 de tratamente efectuate într-o clinică de acupunctură japoneză - care nu a găsit nimic mai grav de raportat decât nouă cazuri în care un ac nu a fost scos la sfârșitul tratamentului (Yamashita și colab. 1999); și o anchetă a 3535 de tratamente de acupunctură de către 29 de medici și alți profesioniști din domeniul sănătății din Germania (Ernst et al 2003). Un editorial din *British Medical Journal* care a analizat dovezile din aceste diverse sondaje a rezumat situația astfel: „Acupunctura ... cu siguranță pare, în mâinile pricepute, una dintre formele mai sigure de intervenție medicală” (Vincent 2001).

Unul dintre punctele forte ale dosarului de siguranță al acupuncturii este că, deoarece este utilizată în principal pentru a trata durerile musculo-scheletale, înlocuiește medicamente precum antiinflamatoarele steroidiene non- pq (AINS). Acestea au mai multe laturi majore efecte, în special sângerare sau perforație gastro-intestinală superioară, crescând riscul de aceasta cu un factor de aproximativ patru (Hernandez-Diaz & Rodriguez 2000), precum și provocând leziuni renale, hipertensiune arterială și risc crescut de accident vascular cerebral.

Totuși, dovezile privind siguranța acupuncturii nu sunt atât de simple pe cât ar putea părea din imaginea generală oferită de sondaje. Rezultatele lor au arătat că există o variație mare în rata evenimentelor adverse raportate de diferiți practicieni. De exemplu, un medic a raportat sângerare H la 53% dintre pacienți după acupunctură, în timp ce alții au raportat nicio sângerare. deloc. O parte din această variație se va datora diferențelor de raportare - practicienii care tind să fie foarte precauți sunt susceptibili de a raporta fiecare eveniment mic de sângerare, chiar dacă intenția sondajului a fost să înregistreze doar cantități semnificative de sângerare. De asemenea, unele dintre variațiile dintre practicieni individuali se pot datora diferențelor dintre tipurile lor de pacient (de exemplu , o practică formată din pacienți vârstnici s-ar putea aștepta la mai multe sângerări, deoarece pot avea vase mai fragile și mai puțin țesut subcutanat); iar unele se pot datora diferitelor stiluri de acupunctură. Dar, de asemenea, pare probabil ca evenimentele adverse să varieze în funcție de tehnica și abilitățile practicianului . În mod evident, nu este suficient ca un practicant să gândească pur și simplu „acupunctura este sigură"; fiecare are responsabilitatea de a se gândi în mod constant la siguranță pentru a se asigura că rata evenimentelor adverse este cât mai scăzută posibil.

Recomandări detaliate pentru practicarea în siguranță a acupuncturii sunt date în capitolul 13, iar în acest capitol ne concentrăm doar pe o discuție a dovezilor publicate. A ști ce s-a întâmplat înainte ne ajută să evităm să facem același lucru.

În afară de problemele legate de acul, există o altă sursă potențială de risc pentru pacienți din cauza acupuncturii: aceștia pot pierde tratamentul convențional care ar fi fost mai eficient pentru starea lor. Acest așa-numit risc „ *indirect* "poate fi evident grav, de exemplu, dacă pacienților nu li se oferă șansa unui diagnostic precoce al cancerului, deoarece simptomele lor nu sunt interpretate corect. Această carte este scrisă din ipoteza că fiecare pacient luat în considerare pentru acupunctură va fi supus unui diagnostic medical convențional și va fi informat când tratamentul convențional ar oferi o probabilitate de recuperare mai mare decât poate oferi acupunctura.

O abordare modernă a siguranței

Atitudinea predominantă față de siguranță în multe servicii de asistență medicală promovează acum îmbunătățiri în practică, dar uneori pare să se concentreze pe găsirea individului „vinovat". Ar trebui să căutăm în schimb sisteme vinovate care să permită producerea accidentului. Dar nu doar autoritățile trebuie să schimbe atitudinea. După un eveniment advers, medicii care se consideră „responsabili" pot suferi o auto-recriminare considerabilă. Studenții la medicină au fost impregnați de conceptul jurământului lui Hipocrat, care este înțeles

înseamnă „mai întâi nu face rău”; și astfel rănirea unui pacient printr-o „eroare” pare a fi antiteza vocației lor.

Pacienții care se plâng după o vătămare medicală nu caută, de obicei, compensații și sunt mai interesați să se asigure că greșeala nu se întâmplă altor pacienți. Cu toate acestea, cultura vinovăției tinde să facă ca evenimentul să fie mai susceptibil de a fi acoperit, de frică și jenă și pentru a evita consecințele legale. Un sentiment comun în rândul colegilor și alți profesioniști este: „Să mulțumesc Domnului că nu am fost eu”, mai degrabă decât „Care au fost cauzele de bază?”. Orice anchetă se va concentra probabil pe acțiunile practicanților imediat înainte de eveniment, mai degrabă decât să caute eșecuri în circumstanțele de fundal care au permis acest lucru.

O abordare total diferită a accidentelor a fost dezvoltată în zborul comercial, o altă profesie în care erorile pot fi dezastruoase, iar aceasta este recomandată ca model pentru profesiile din sănătate. Abordarea pozitivă a siguranței recunoaște că erorile sunt inevitabile; ar trebui să ne propunem să le reducem prin identificarea defecțiunilor sistemelor care au permis sau au încurajat să aibă loc erori - nu individul. Fiecare incident este privit ca o oportunitate de a învăța lecții semnificative și un stimul pentru a le incorpora în practică de-a lungul întregii profesii.

Accidentele de acupunctură sunt adesea rezultatul final al mai multor dificultăți coincidente : probleme precum presiunea muncii, izolarea profesională, lipsa de învățare și actualizarea cunoștințelor de anatomie și condiții dificile de muncă, cum ar fi iluminarea slabă.

Înțelepții învață din greșelile altor oameni; proștii învață singuri.

(Anon)

Încurajăm cititorii să folosească această revizuire a evenimentelor adverse și comentariile privind practicile sigure din Capitolul 13, pentru a formula o abordare atentă și reflexivă a siguranței; siguranța ar trebui să fie o parte integrantă a învățării puncției acu și ar trebui să fie întărită în mod continuu. Practica sigură depinde de stabilirea unor atitudini și sisteme sigure în cel puțin aceste domenii:

- Învățarea, atât inițială, cât și continuă
- Protocoale și proceduri
- Echipamente
- Organizarea practică
- Sănătatea fizică și mintală, inclusiv efectele stresului și ale motivației
- Atitudine și sprijin din partea colegilor profesioniști
- Regulament.

Riscurile potențiale ale acupuncturii

Este util să discutăm evenimentele adverse în trei grade de severitate, prezentate în Tabelul 10.1 .

TABELUL 10.1

O clasificare a evenimentelor adverse ușoare, semnificative și grave, așa cum este utilizată în acest capitol

Definiția severității	
Ușoară	Reversibilă, de scurtă durată și nu deranjează grav pacientul
Semnificativ	Necesită asistență medicală sau interferează cu activitățile normale ale pacientului
Grav	Necesită internare în spital sau prelungirea ședерii existente în spital sau are ca rezultat invaliditate/incapacitate persistentă sau semnificativă sau deces

Nu este ușor să obțineți cifre fiabile despre ratele de risc în acupunctură , deoarece există inevitabil părtiniri și inexactități în raportare: evenimentele adverse pot fi subraportate de către pacienți pentru că nu vor să-și supăreze medicul; sunt sub-raportate de către acupuncturist care poate să nu fie conștient de necesitatea etică de a descrie astfel de evenimente; dar supraraportat de către alți profesioniști din domeniul sănătății cărora nu le place acupunctura din anumite motive și doresc să-i strice reputația.

De asemenea, *atribuirea* oricărui eveniment tratamentului cu acupunctură poate să nu fie simplă: poate fi dificil de știut dacă un eveniment a fost cauzat de acupunctură sau nu. Există metode standard de atribuire a cauzei, inclusiv relația de timp între debut și decalaj, rațiunea biomedicală și sechele repetate la reexpunere. Cu toate acestea, în cazuri individuale, în special în cele mai grave și mai complexe, mai multe evenimente pot contribui la rezultat și contribuția precisă a diferitelor cauze nu poate fi dedusă cu exactitate.

Cifrele pentru ratele evenimentelor adverse prezentate aici se bazează pe dovezile publicate, dar ar trebui considerate doar o aproximare. Oricum, interesul nostru principal este practic, așa că a învăța cum putem face practica acupuncturii mai sigure este un obiectiv major al acestei cărți.

Evenimente ușoare

Cele mai frecvente evenimente în timpul sau după acupunctura, cu rate tipice de incidență (exprimate ca procent din tratamente), sunt:

- sângerare, mai mult de o picătură mică: aproximativ 3%
- agravarea simptomelor: aproximativ 1-2%
- durere prin ace, mai mult decât puțină ascuțire: aproximativ 1%
- somnolență: până la aproximativ 1%
- leșin: de obicei mai puțin de 0,5%.

Această rată a evenimentelor adverse minore este suficient de scăzută pentru a fi clasificată oficial drept „minimă”. Alte evenimente care sunt raportate mai rar includ greața și durerile de cap. Aceste cifre sunt cele raportate de practicieni: pacienții au tendința de a avea un prag mai scăzut pentru identificarea simptomelor și astfel raportează rate mai mari. De exemplu, într-o serie de pacienți au raportat că au găsit 13% din

inserțiile de ac dureroase și că au fost somnolent după 8% din ședințe (Yamashita et al 2000).

Evenimentele adverse ușoare sunt raportate în aproximativ 3% dintre tratamentele cu acupunctură.

Două evenimente minore - agravarea simptomelor și somnolență - necesită - comentarii suplimentare. Unii practicieni susțin că acupunctura este un tratament „natural" , este inevitabil ca problemele să se agraveze înainte ca acestea să se amelioreze și, prin urmare, orice agravare a simptomelor este o parte acceptabilă a „răspunsului de vindecare". Această idee poate liniști pacienții, dar nu există dovezi că este adevărată. Într-un studiu în care incidența agravării a fost înregistrată împreună cu rezultatul eventual, agravarea nu a fost urmată de un răspuns mai bun la tratament; rata de succes la pacienti este de aproximativ 70%, cu sau fara agravare. Mulți pacienți răspund la tratament fără a se agrava mai întâi. Toate acestea sugerează că agravarea poate, de fapt, să nu fie necesară pentru un răspuns la acupunctură și, prin urmare, recomandăm ca practicienii să aibă grijă să evite agravarea, în special prin a nu folosi un tratament prea puternic la prima ședință.

Relaxarea este adesea privită ca un beneficiu al tratamentului: dar somnolența poate fi suficient de gravă pentru a crește pericolul reprezentat de oricine conduce vehicule sau folosește utilaje. Într-un studiu, aproximativ o treime dintre pacienți au prezentat un anumit grad de somnolență (Brattberg 1986) și doar puțin mai puțin într-un studiu recent (MacPherson și Thomas 2005).

Evenimente semnificative

Infecțiile cutanate care necesită tratament au fost raportate în mai multe ocazii . Acestea implică în general bacteriile comensale oportuniste tipice, dar au fost raportate patru cazuri de infecție cu *Mycobacterium* . Cazuri de celulită au apărut atunci când ace de acupunctură au fost introduse în zone cu edem. Ocazional, acupunctura pare să reactiveze infecția cu herpes zoster.

Leziuni ale nervilor periferici cauzate de acupunctură au fost raportate în câteva ocazii , ducând, de exemplu, la căderea piciorului. Se pune întrebarea de ce acest tip de leziune nervoasă nu este raportată mai des atunci când acele de acupunctură trebuie să pătrundă destul de frecvent în nervi? Explicația obișnuită dată este că acele de acupunctură au vârfuri care nu se taie, care împing fibrele nervoase în afară.

Exacerbarea astmului bronșic nu este neobișnuită în timpul sau după tratament și poate fi suficient de gravă pentru a necesita internarea la spital. Convulsiile pot apărea la pacienții care leșin deoarece sunt tratați stând în picioare (ceea ce nu este recomandat , din acest motiv). Foarte ocazional, la un pacient care stă întins apare o convulsie: aici diagnosticul poate fi criză anoxică reflexă datorită unui răspuns vagal marcat la pungere, care implică sistemul limbic.

Alte tipuri de colaps major în timpul acupuncturii sunt rare, dar unele au fost raportate. S-a raportat că câțiva pacienți pierd pur și simplu inconștienți, fie când acele sunt introduse, fie când sunt stimulate. Nu există colaps cardiovascular asociat, așa că mecanismul trebuie să fie pur

neurologice. Dacă nu este deja culcat, astfel de pacienți trebuie să fie culcați imediat . Din fericire, este extrem de rar și pacienții se recuperează complet.

Evenimente serioase

Acestea pot fi considerate cel mai bine sub titlurile de traumatice și infecțioase. Tabelele 10.2 și 10.3 prezintă cazurile descrise în rapoartele „primare”, de exemplu

TABELUL 10.2
Evenimente traumatice grave raportate în asociere cu acupunctura

Condiție sau organ	Număr raportat	Comentariu
Plămâni și pleure	54	Pneumotorax, un hemotorax
Inima și pericardul	9	Mai ales tamponada cardiacă
Vasele de sânge	10	Include sindrom de compartiment, tromboză venoasă profundă, ocluzie a arterei poplitee și pseudoanevrism
Creierul, măduva spinării	12	În cea mai mare parte, pătrunderea medulei sau a trunchiului cerebral prin acţionarea posterioră a colului superior; de asemenea, două cazuri de mielopatie transversală din traumatismul măduvei spinării

TABELUL 10.3
Infecții grave raportate în asociere cu acupunctura

Infecţie	Număr raportat	Comentariu
Hepatita B	148	Reutilizarea acelor
HIV	4	Reutilizarea acelor
Condrita auriculară	14	
Endocardita	6	
Meningita	1	
Infecția coloanei vertebrale	3	Două spinale, una epidurală
Septicemie	5	
Fasciită necrozantă și șoc toxic	3	
Artrita septica	3	Umăr, genunchi și articulații sacroiliace
Abces	7	Abdomen, gât, mușchi psoas, alt loc retroperitoneal, țesut moale și articulație temporomandibulară
Altele raportate	4	Includeți compartimentul infectat, globul ocular infectat, osteomielita

rapoarte scrise de un practician direct implicat în caz (White 2004). Există, de asemenea, un număr aproximativ similar de rapoarte „secundare", adică scrise de cineva care nu a fost martor la caz. Acestea sunt evident mai puțin fiabile și, prin urmare, nu sunt luate în considerare în detaliu aici.

În interpretarea acestor tabele, este important să ne amintim dificultățile de atribuire exactă menționate mai sus. De asemenea, este important să recunoaștem că marea majoritate a evenimentelor traumatice pot fi evitate prin aplicarea unei bune cunoștințe de anatomie, iar marea majoritate a evenimentelor infecțioase evitate printr-o bună igienă și utilizarea echipamentului steril.

Evenimentele adverse grave pot fi aproape complet eliminate prin bune practici.

Au fost raportate o serie de decese în asociere cu acupunctura, pe care le rezumăm pentru a atrage atenția asupra principalelor riscuri ale acupuncturii. Suntem la curent cu 12 rapoarte principale și 39 de rapoarte secundare. Decesele nu au putut fi atribuite acupuncturii „cu siguranță" în toate cazurile. Dintre rapoartele primare, șase au fost traumatice, dintre care patru au fost cauzate de pneumotorax și două de tamponare cardiacă. Unul dintre cazurile de tamponare a fost o femeie de 82 de ani care și-a făcut acupunctură cu un ac de cusut. Cinci decese s-au datorat infecției, inclusiv două din septicemie și câte unul de hepatită , piohemotorax și sindrom de șoc toxic. Al doisprezecelea deces a fost cauzat de un atac de astm acut: pacientul a avut acupunctură pentru atac, dar nu a răspuns. Acest caz subliniază necesitatea de a nu se baza doar pe acupunctură pentru a trata afecțiunile grave și de a nu abandona tratamentul convențional cu medicamente.

Rapoartele secundare sunt în literatura chineză și includ 13 decese din pneumotorax, nouă din leziuni cardiace sau aortice, opt din leziuni ale sistemului nervos central (SNC) (șapte la medular, unul la nivelul cerebelului) și trei din traumatisme la ficat (Huang 1996). S-a raportat că un caz a fost cauzat de spasm laringian, iar în cinci cazuri nu au fost disponibile detalii. Șapte dintre aceste decese au fost raportate a fi după tratament de către practicieni necalificați. În unele cazuri, ace au fost introduse prin îmbrăcăminte.

Riscul general de evenimente adverse grave asociate cu acupunctura poate fi estimat din dovezile a 13 studii prospective care au implicat peste patru milioane de tratamente care au raportat 11 evenimente, dintre care niciunul nu a fost fatal (White 2006). Rata globală cumulată a evenimentelor adverse grave cu puncție acu este, prin urmare, estimată la 0,02 la 10 000 de tratamente, ceea ce reprezintă un risc „neglijabil", cu mult sub cel al majorității tratamentelor medicale.

În general, acupunctura prezintă un risc „neglijabil" de evenimente adverse.

Evenimente inevitabile

Nu există nicio îndoială că unele reacții la acupunctură sunt inevitabile, prin faptul că sunt inevitabile la pacienții individuali, dar nu pot fi prezise. Aceste

reacțiile sunt descrise în fiecare studiu, chiar și cele ale acupuncturii japoneze, unde acele sunt în general introduse foarte superficial doar în stratul subcutanat. Cea mai gravă dintre acestea este somnolența severă, care poate constitui un risc real de accidente rutiere. În mod clar, unii pacienți sunt mai susceptibili decât alții. Decizia de a administra din nou acupunctura unor astfel de pacienți depinde de o evaluare a raportului risc-beneficiu: aceeași reacție este probabil să reapară la un tratament suplimentar, deși somnolența este o reacție care, în general, devine mai puțin severă atunci când tratamentul este repetat.

Somnolența după acupunctură poate fi gravă: pacienții trebuie sfătuiți cum să o gestioneze.

Risc indirect

Riscul de la acupunctură este descris ca fiind „indirect" dacă prejudiciul este cauzat mai degrabă de practician decât de practică. Acest lucru s-ar întâmpla, de obicei, atunci când un pacient nu primește un tratament mai adecvat, deoarece medicul a pus un diagnostic incorect sau a considerat că acupunctura este mai eficientă decât este în acest caz sau nu a fost conștient de dovezile că acupunctura este mai puțin eficientă decât alt tratament.

Rezumat

Acupunctura este, în general, sigură în mâinile calificate, așa cum arată dovezile din mai multe sondaje prospective. Unul dintre punctele forte ale acupuncturii este siguranța acesteia în comparație cu alte tratamente.

Acupunctura prezintă anumite riscuri - traumatice, infecțioase și diverse . De asemenea, acupunctura poate fi o sursă de risc „indirect" dacă este utilizată în locul unui alt tratament mai eficient. Ratele evenimentelor adverse variază de la medic la medic și fiecare are responsabilitatea de a dezvolta și menține o practică sigură. O abordare fără vina a siguranței urmărește să examineze și să îmbunătățească sistemele din jurul practicianului, inclusiv formarea, procedurile și protocoalele și organizarea practicii.

Cele mai frecvente evenimente adverse ușoare după acupunctură sunt sângerarea, durerea la injectare și agravarea simptomelor, urmate de leșin și somnolență (care pot afecta conducerea vehiculului). Evenimentele semnificative sunt mai puțin frecvente și includ infecții ale pielii, leziuni ale nervilor periferici, exacerbări ale astmului și convulsii. Evenimentele grave sunt foarte rare, dar includ tamponada cardiacă, leziuni ale vaselor de sânge sau țesutului nervos central și infecții precum hepatita B, endocardita și condrita auriculară. Unele efecte secundare sunt inevitabile . În general, riscul de evenimente adverse din acupunctură este „neglijabil".

CAPITOL

Pregătirea pentru tratament

11

Cuprins

Introducere	1 27
Pacienți potriviți pentru acupunctură	1 28
Informare și consimțământ informat	132
Condiții potrivite pentru acupunctură	134
Echipament de acupunctură	136
Cadrul pentru acupunctura	140
Pregătirea practicianului	140
Rezumat	140

După ce ați citit acest capitol, ar trebui să puteți:

- menționați două contraindicații absolute la acupunctură
- menționați o contraindicație pentru ace de locuit
- menționați patru contraindicații relative la acupunctură
- menționați patru condiții care necesită precauții speciale
- indicați diametrul și lungimea unui ac standard.

Introducere

Acupunctura este, în anumite privințe, o chestiune simplă de introducere a câtorva ace, dar pentru ca tratamentul să fie sigur și eficient, este necesară o anumită pregătire . Este deosebit de important pentru începători să stabilească obiceiuri și rutine bune de îndată ce încep practica. Siguranța, la fel de mult ca și eficacitatea, trebuie să devină o a doua natură atunci când se tratează pacienții.

Pe lângă faptul că se asigură că au cea mai bună pregătire și educație continuă , acupuncturii ar trebui să aplice standardele așteptate de la toți profesioniștii din domeniul sănătății: trebuie să se comporte în orice moment într-o manieră adecvată . Un exemplu de comportament adecvat și standarde etice este dat în

diverse documente care alcătuiesc *Buna Practică* Medicală a Consiliului Medical General .

Un aspect al îngrijirii bune a pacientului este că există o comunicare adecvată între toți practicienii implicați în îngrijirea pacientului. Acupunctorii < care lucrează independent ar trebui să încerce să asigure (cu permisiunea pacientului),

că medicul de familie al pacientului știe că îl vede pe pacient, atât din motive clinice, cât și din motive etice.

Practicanții trebuie să aibă o abordare realistă și sinceră a ceea ce poate realiza puncția acu. Afirmațiile conform cărora acupunctura poate trata orice și orice lucru sunt false, înșală pacienții și pun terapia în discredit. Pretențiile pentru cure magice sunt miope: acupunctura este o formă de terapie cu succese și eșecuri, ca majoritatea tratamentelor.

Acest capitol descrie procesele de gândire din spatele acupuncturii sigure și eficiente, până la momentul introducerii acelor. Aceasta este pregătirea pentru tratamentul în sine, care este descrisă în capitolul următor. Acest capitol nu a fost conceput pentru a fi folosit ca bază pentru liniile directoare oficiale pentru furnizarea de servicii, iar cititorii care trebuie să elaboreze ghiduri le-ar putea baza pe un exemplu scris pentru îngrijirea paliativă (Filshie & Hester 2006).

Pacienți potriviți pentru acupunctură

Pacienții pentru acupunctură trebuie examinați pentru posibile contraindicații și pentru necesitatea unor precauții speciale.

Contraindicatii

Pacientul trebuie să fie dispus să primească acupunctură. Există două motive principale pentru care pacientul ar putea să nu fie dispus:

1. Fobia acelor
2. Credință personală: ocazional, pacienții cred că acupunctura, deoarece este asociată cu idei de energie și meridiane, poate avea o influență spirituală adversă, așa că nu vor să aibă nimic de-a face cu ea. Este tentant să încercăm să ocoliți aceste credințe folosind o expresie precum „acul uscat”, dar probabil nu este sensibil. Preferăm să menționăm cuvântul „acupunctură” și să lăsăm pacientul să decidă.

O mică parte din populație poate reacționa la o tehnică medicală invazivă având o convulsie; mecanismul nu este clar, dar poate implica un stimul vagal puternic brusc la inimă. Semnificația acestei reacții este că nu poate fi neapărat evitată prin tratament cu pacientul întins. Acest lucru nu trebuie confundat cu tipul de convulsii anoxice ușoare care poate apărea dacă un pacient leșine și nu poate fi întins imediat întins. Dacă există antecedente de convulsii inexplicabile înainte ca un pacient să se prezinte pentru puncție acu, este înțelept să evitați tratamentul cu acupunctură. În mod inevitabil, unii pacienți cu această reacție vor primi acupunctură ca primă intervenție medicală, caz în care astfel de evenimente ar trebui să fie considerate inevitabile.

BOX 11.1

Contraindications for acupuncture

ABSOLUTE CONTRAINDICATIONS TO ACUPUNCTURE

- Pacientul nu vrea
- Sângerare sau vânătăi spontane (cu excepția cazului în care sunt evaluate complet).

CONTRAINDICAȚII ABSOLUTE PENTRU O ANUMITE TEHNICĂ

- Boala de inimă valvulară: evitați ace care persistă
- Stimulator cardiac la cerere sau defibrilator intracardiac: evitați electroacupunctura pe piept.

CONTRAINDICAȚII RELATIVE

- Tendință severă la sângerare, de exemplu terapie anticoagulantă, trombocitopenie
- Pacienți cu tulburări psihologice (pot avea reacții imprevizibile)
- Sistem imunitar compromis
- Criză anterioară indusă de o procedură medicală invazivă
- Reacție anterioară marcată la acupunctură.

Pacienții care vânătăi spontan nu trebuie tratați până când funcția de coagulare a fost verificată și este satisfăcătoare.

Aceste contraindicații sunt enumerate în Caseta 11.1 .

Contraindicații absolute pentru anumite tehnici

- Acele reziduale sunt o sursă potențială de bacteriemie, care poate infecta o inimă deteriorată provocând endocardită bacteriană subacută. (Risc ridicat: endocardită anterioară, intervenții chirurgicale cardiace anterioare, inclusiv proteză valvulară și boală valvulară congenitală, cum ar fi sindromul Marfan; risc scăzut: boală cardiacă reumatică, valvă aortică calcifiată și valvă mitrală dischetă.)
- Stimularea electrică poate afecta mecanismul de detectare al unui stimulator cardiac sau al defibrilatorului intracardiac.

Contraindicații relative: echilibrarea riscului și beneficiului

Un pacient poate avea o contraindicație „relativă” la acupunctură. În acest caz, este responsabilitatea medicului să lucreze cu pacientul pentru a găsi un echilibru între beneficiile și riscurile tratamentului. De exemplu, în fața unui pacient cu o tulburare de sângerare din cauza medicamentelor anticoagulante, este posibil să decideți să nu utilizați pungii profunde pentru tratarea spondilitei anchilozante: așteptările de beneficiu sunt mici, iar pungii profunde prezintă un risc semnificativ de a provoca hemoragie . Pe de altă parte, ați putea folosi acul superficial, care ar putea fi sigur și eficient pentru un pacient cu cefalee tensională. Luați-l pe cel al pacientului

views into account, but do not allow a patient to persuade you to give treatment when you believe it is contraindicated.

Special precautions

This section deals with precautions that can be anticipated from the condition of the patient (Box 11.2). There are additional precautions that are necessary due to local conditions at the point, which will be discussed in the following chapter.

Patients with a bleeding tendency

A bleeding tendency due to conditions such as haemophilia, thrombocytopenia or taking anticoagulant drugs is a ‘relative contraindication', but if you decide to treat the patient then you should take special precautions. It might be hard to justify needling patients who have extremely low platelet counts, for example, but acupuncture may be a useful alternative for patients with moderate bleeding disorder (Box 11.3).

CASETA 11.2

Cazuri în care sunt necesare precauții speciale în utilizarea acupuncturii

PRECAUȚII SPECIALE

- Tendință la sângerare (vezi text)
- Epilepsie: nu lăsați pacientul nesupravegheat
- Imunosupresie, fie din cauza afecțiunii medicale sau a tratamentului medicamentos: atenție suplimentară la igienă
- Sarcina (vezi text)
- Pacient fără un diagnostic clar: acupunctura poate masca simptomele unor afecțiuni grave precum cancerul, întârzierea diagnosticului
- Structură fizică anormală: risc crescut de traumă, mai ales dacă este subponderală
- Pacient care trebuie să conducă după tratament cu acupunctură: tratați ușor, odihniți-vă și observați după tratament și sfătuiți să opriți conducerea dacă este somnolent
- Reactorii puternici la acupunctură (vezi textul).

CASETA 11.3

Acupunctura utilizată la un pacient cu trombocitopenie

O femeie de 39 de ani a dezvoltat trombocitopenie la a doua sarcină. A avut o operație cezariană sub anestezie generală, deoarece anestezia spinală și epidurală erau contraindicate de numărul ei de trombocite de 82 x 10^{9}/l. În faza postoperatorie, analgezicele standard nu au furnizat suficientă ameliorare a durerii, dar acupunctura a avut un efect rapid, util, fără a provoca sângerări excesive (Oomman et al 2005).

La pacienții cu tendință de sângerare, acupunctura trebuie efectuată cu grijă deosebită:

- Luați în considerare utilizarea ace fine, poate cu stimulare electrică pentru pacienţi mai puţin sensibili.
- Evitați acul profund sau viguros în compartimentele fasciale închise ale membrelor inferioare și antebrațelor, din cauza riscului potențial de sindrom de compartiment.
- Aveți grijă deosebită când faceți ac în apropierea articulațiilor, din cauza riscului crescut de hemartroză.
- Aplicați o presiune fermă asupra punctelor după îndepărtarea acelor.

Sarcina

Mulți profesori de acupunctură își sfătuiesc elevii să folosească acupunctura pe deplin, dacă este deloc, în primul trimestru de sarcină, pe motiv că „ar putea provoca un avort spontan”. Cu toate acestea, chiar și la termen, există puține dovezi că acupunctura poate induce travaliul. Acupunctura este folosită frecvent în China pentru a trata multe afecțiuni în primul trimestru de sarcină, fără a aplica nicio precauție specială. Utilizarea sa la începutul sarcinii este, de asemenea, clar stabilită în Occident pentru tratarea greței.

Acupunctorii care sunt nervoși de litigii vor argumenta: „Chiar dacă nu provocați un avort, s-ar putea să fiți acuzat dacă unul are loc în câteva zile de la ședința de acupunctură”. Aceasta este medicina defensivă, care adesea nu duce la un tratament bun. Există acum unele dovezi dintr-un studiu controlat care a implicat 593 de femei cu greață de sarcină că rezultatele sarcinii (atât rezultatele sarcinii, cât și sănătatea copilului) nu sunt afectate de acupunctură (Smith et al 2002b). Vă sugerăm că:

- acupunctura poate fi folosită pe tot parcursul sarcinii
- riscurile și beneficiile tratamentului sunt cântărite în mod obișnuit
- în primul trimestru, probabil că este înțelept să evitați tehnicile puternice de stimulare.

Reactoare puternice

Unii pacienți reacționează puternic la acupunctură: atunci când li se administrează un tratament de forță normal, este mai probabil ca de obicei să experimenteze:

- agravarea simptomelor acestora
- senzații de oboseală imediat după tratament
- senzații de indispoziție după tratament, uneori echivalând cu un sindrom asemănător gripei timp de 2 sau 3 zile.

Aproximativ 5-10% dintr-o populație de îngrijire primară va avea o reacție la o doză de tratament care nu are efect advers asupra celorlalți 90-95%, dar rata este mai mare la pacienții cu cancer.

Este dificil să judeci în prealabil sensibilitatea unui pacient. Felix Mann a observat că tipurile artistice și cei care au o perspectivă puternic caritabilă au mai multe șanse să fie reactori puternici. Uneori, pacientul va da un indiciu

că un tratament fizic anterior – masaj sau manipulare de exemplu – H a produs o reacție neplăcută. În acest caz, cel mai bine este să presupunem că acu
puncția va face același lucru.

reactoarele puternice sunt de obicei buni *răspunsuri* **.** Acești pacienți au un răspuns terapeutic puternic, astfel încât tratamentul poate fi ușor: la cei mai sensibili pacienți, poate fi suficientă injectarea cu 30 de secunde.

În mod similar, copiii în general pot fi reactori puternici și acul trebuie îndepărtat în câteva secunde. Cu toate acestea, spre deosebire de adulți, acest lucru nu înseamnă că toți copiii sunt buni respondenți.

Pacienți cu cancer

Acupunctura poate fi de mare ajutor pentru ameliorarea simptomelor la bolnavii de cancer, dar sunt necesare precautii speciale din multe motive, inclusiv faptul ca acesti pacienti pot avea efecte secundare semnificative ale tratamentului lor si chiar boli multi-organe. Există riscul de a masca simptomele și necesitatea de a recunoaște că un pacient care nu răspunde la tratament în mod obișnuit poate avea o încărcătură tumorală crescută. O discuție mai detaliată a acestor probleme este disponibilă pentru oricine dorește să trateze acești pacienți (Filshie 2001).

Informare și consimțământ informat

Pacienților trebuie să li se ofere informații adecvate despre beneficiile și riscurile acupuncturii pentru a le permite să ia o decizie pe deplin informată cu privire la tratament . Dificultatea constă în a ști ce se înțelege prin informații „adecvate”, dar ar trebui să includă o ofertă de:

- informații realiste despre posibilele beneficii așteptate ale acupuncturii
- informații despre riscurile cunoscute ale acupuncturii relevante pentru caz
- alte tratamente disponibile pentru afecțiune, dacă este cazul.

Este evident important să găsim un echilibru între, pe de o parte, a nu ascunde riscurile care sunt reale și relevante și, pe de altă parte, enumerarea în mod oficial a fiecărui eveniment advers care a fost vreodată asociat cu acupunctura. Acest lucru ar putea speria pacienții să nu folosească un tratament care le-ar putea beneficia.

Toate informațiile despre risc trebuie furnizate într-un limbaj simplu, adecvat pentru fiecare pacient; și ar trebui să judecați (și în mod ideal să justificați) când pacienții individuali au obținut informațiile de care au nevoie și pe care le doresc. De asemenea, pacienților ar trebui să li se ofere informații despre riscurile și beneficiile oricărui alt tratament disponibil. Ar fi lipsit de etică să se recomande acupunctura pentru o afecțiune atunci când nu există dovezi convingătoare că este eficientă, dar când se știe că un alt tratament este eficient. Pacienții trebuie informați și apoi să ia propria decizie.

În mod normal, consimțământul verbal pentru tratament este suficient. Unele trusturi de spitale sau alți angajatori de acupuncturi pot insista să furnizeze informații scrise și uneori să obțină consimțământul semnat. Prospectul de informații pentru pacient reprodus aici (Caseta 11.4) a fost elaborat cu consimțământul mai multor din Marea Britanie

CASETA 11.4

Fișa de informații pentru pacient și formularul de consimțământ **w**

Vă rugăm să citiți cu atenție aceste informații și să întrebați medicul dumneavoastră dacă există ceva ce nu înțelegeți. X

U

CE ESTE ACUPUNCTURA?

Acupunctura este o formă de terapie în care ace fine sunt introduse în anumite puncte ale corpului.

ESTE SIGURA ACUPUNCTURA?

Acupunctura este în general foarte sigură. Efectele secundare grave sunt foarte rare - mai puțin de unul la 10 000 de tratamente.

ARE ACUPUNCTURA EFECTE SECUNDARE?

Trebuie să fii conștient de faptul că:

- somnolența apare după tratament la un număr mic de pacienți și, dacă este afectat, vi se recomandă să nu conduceți
- sângerări minore sau vânătăi apar după acupunctură în aproximativ 3% din tratamente
- durerea în timpul tratamentului apare în aproximativ 1% din tratamente
- simptomele se pot agrava după tratament (mai puțin de 3% dintre pacienți). Ar trebui spune-i acupunctorului despre asta, dar de obicei este un semn bun
- leșinul poate apărea la anumiți pacienți, în special la primul tratament.

În plus, dacă există riscuri speciale care se aplică în cazul dumneavoastră, medicul dumneavoastră va discuta acestea cu dumneavoastră.

ESTE CE CE TREBUIE SĂ ȘTIE MEDICANUL TĂU?

În afară de detaliile medicale obișnuite, este important să anunțați medicul dumneavoastră:

- dacă ați experimentat vreodată o întorsătură de potrivire, slabă sau amuzantă
- dacă aveți un stimulator cardiac sau orice alte implanturi electrice
- dacă aveți o tulburare de sângerare
- dacă luați anticoagulante sau orice alt medicament
- dacă aveți valve cardiace afectate sau aveți orice alt risc special de infecție.

În clinică se folosesc ace de unică folosință, sterile, de unică folosință.

Declarație de consimțământ

Confirm că am citit și înțeles informațiile de mai sus și sunt de acord să am tratament cu acupunctură. Înțeleg că pot refuza tratamentul oricând.

Semnătura

Tipăriți numele în întregime

Data

organizații profesionale de acupunctură. Include un spațiu opțional pentru consimțământul pacientului H , dar o semnătură este mai puțin importantă, din punct de vedere legal, decât asigurarea că

pacienții sunt mulțumiți că au suficiente informații pentru a lua o decizie. Practicienii care doresc să folosească formularul în propria practică îl pot descărca < de la http://www.medical-acupuncture.co.uk/journal/2001(2)/page_123.pdf

De fapt, se consideră că pacienții și-au dat acordul *pentru examinare* pregătându- se , adică dezbrăcându-se sau urcându-se pe canapea, după ce li s-a dat informatii adecvate. Ar putea fi firesc să presupunem că acest consimțământ include tratamentul , dar trebuie să știți că poate fi necesar un consimțământ suplimentar deoarece:

- pacienții pot fi dispuși să fie examinați, dar doresc să își rezerve dreptul de a decide asupra tratamentului după examinare
- este posibil să nu puteți prezice beneficiile posibile ale tratamentului până când nu ați examinat pacientul, caz în care ar trebui să furnizați aceste informații atunci.

De asemenea, dacă ați folosit acupunctura manuală și doriți să introduceți electroacupunctura , merită să discutați acest lucru cu pacientul, dacă electroacupunctura nu a fost inclusă în mod expres în discuția dumneavoastră inițială despre acupunctură.

Condiții potrivite pentru acupunctură

Acupunctura este folosită cel mai adesea pentru diferite probleme musculo-scheletice (Tabelul 11.1). Durerea miofascială a punctului de declanșare pare să răspundă cel mai rapid și cel mai bine, urmată de alte leziuni ale țesuturilor moi care au întârziat să se vindece, urmate de osteoartrita. Acupunctorii nu sunt de acord între ei cu privire la condițiile care răspund cel mai bine, deoarece opiniile lor sunt formate din anecdote despre anumiți pacienți despre care își amintesc că s-au descurcat bine sau rău și pentru că interesul special al unui medic pentru o afecțiune ar putea să-i îmbunătățească abilitățile și să-i influențeze abordarea și să ridice așteptări.

Acupunctura nu va inversa modificările structurale, cum ar fi degenerarea suprafețelor articulare în osteoartrita, deși poate ameliora simptomele și poate reduce inflamația . Acest fapt poate fi evident pentru medic, dar ar trebui să fie explicit pacientului care poate înțelege greșit ceea ce le-au spus prietenii și poate veni la acupunctură crezând, de exemplu, că le va vindeca articulațiile artritice.

Istoricul pacientului poate sugera că simptomele s-ar putea datora fie patologiei de bază, fie punctelor de declanșare miofasciale (MTrP) care imit afecțiunea. Poate fi dificil de a fi sigur din punct de vedere clinic, deoarece MTrP-urile ar putea fi prezente în ambele cazuri. Pacienții răspund mai bine la acupunctură atunci când simptomele sunt cauzate în primul rând de punctele declanșatoare. De exemplu, este puțin probabil ca dismenoreea cauzată de endometrioză să fie ajutată mult de acupunctură, dar simptomele similare de la punctele declanșatoare din peretele abdominal sunt probabil să răspundă.

Durerea nociceptivă răspunde mai sigur decât durerea neurogenă sau durerea fără cauză cunoscută, iar acupunctura pentru aceste afecțiuni ar trebui privită ca un fel de încercare terapeutică.

La fel ca multe alte terapii, acupunctura funcționează cel mai bine în cazurile mai precoce și mai ușoare, înainte ca tiparul bolii să devină complet înrădăcinat și să se complice cu schimbările psihologice.

TABELUL 11.1

Unele afecțiuni comune pentru care pacienții solicită acupunctură și o indicație generală a probabilității unui răspuns clinic util

Răspuns probabil	Răspuns posibil: cazuri moderate sau limitate	Răspuns puțin probabil: rar sau idiosincratic
Afecțiuni musculo-scheletice		
Durere în punctul declanșator (miofascial) Osteoartrita (în special genunchi, gleznă, articulație acromio-claviculară, coloanei vertebrale cervicale) Epicondilita laterală și medială Dureri de gât [a] Dureri de spate unilaterale Alte dureri de genunchi, gambe și picioare; condiție etichetată drept metatarsalgie Morton	Fibromialgie Sindroame post-laminectomie Dureri de umăr	Procesul bolii, în artropatiile inflamatorii inclusiv spondilita anchilozantă
Alte afectiuni dureroase		
Cefalee de tip tensional Dureri faciale atipice Dureri dentare, fără o cauză dentară evidentă tratabilă Dureri toracice non-cardiace Bursita trohanterică, afecțiune etichetată ca meralgie parestetică	Dureri de spate cronice larg răspândite [a] Neuropatie diabetică dureroasă, alte neuropatii periferice dureroase	Tinitus Spasm motor după accident vascular cerebral Epilepsie Simptomele sclerozei multiple
Neurologic		
Migrenă	Dureri ale coloanei vertebrale legate de captarea sau impactul rădăcinii nervoase Durere neuropatică sau durere cauzată de neuroame adevărate Sindrom durer regional complex Durere ischemică Dureri ale membrelor fantomă boala Raynaud Durere neurogenă, de exemplu nevralgie de trigemen Durere centrală („talamică")	
Afecțiuni abdominale		
Dismenoree Sindromul intestinului iritabil care se prezintă în principal ca durere Sindromul vezicii urinare iritative	Simptome de colită ulcerativă sau boala Crohn, sindromul colonului iritabil care se prezintă în principal ca tulburări ale funcției intestinale Incontinență urinară	Obstrucția ieșirii vezicii urinare Afecțiuni ale pielii generalizate sau sistemice, de exemplu psoriazis
Condiții fără durere		
Greaţă Febra fânului, rinită alergică Xerostomie, ochi uscați Bufeuri la menopauză Afecțiuni locale reversibile ale pielii		

[a] Simptomele și semnele de implicare neurologică fac un răspuns mai puțin probabil.

Acest tabel se bazează pe experiența clinică, seria de cazuri și dovezile din studiile randomizate controlate și, prin urmare, include posibilele beneficii ale efectelor așteptărilor asociate cu acupunctura.

Pregătirea pentru tratament

Dacă așteptările atât ale pacientului, cât și ale medicului sunt pozitive, atunci succesul pare mai probabil - deși acupunctura poate fi cu siguranță eficientă la pacienții care par să aibă așteptări foarte scăzute ca aceasta să ajute. Este important ca așteptările practicienilor cu privire la acupunctură să fie realiste și să se asigure că pacienții care au cele nerealiste pot fi dezabuzați ușor, fără a avea speranțele complet năruite.

Echipament de acupunctură

— Ace standard

Acele de acupunctură constau dintr-un ax și un mâner. Arborele este în general din oțel inoxidabil, uneori acoperit cu silicon; iar mânerele pot fi din metal sau plastic, așa cum se arată în Planșa 1. Diferitele caracteristici ale acelor sunt enumerate în Tabelul 11.2 .

Au existat rapoarte că fragmentele de silicon pot rupe acoperirea suprafeței și (teoretic) pot provoca reacții cu corpuri străine, dar acesta este un risc comun tuturor acelor hipodermice și instrumentelor chirurgicale acoperite cu silicon, nu doar acelor de acupunctură.

Vârful acului nu se îngustează pur și simplu la un punct ca un creion, ci are un profil rotunjit (asemănat în mod tradițional cu un con de pin) prezentat în Figura 11.1 . Acest lucru ar trebui să fie mai puțin traumatizant - împingând fibrele tisulare, mai degrabă tăindu -le - dar poate deteriora în continuare vasele de sânge, nervii și alte structuri dacă acul sau pacientul se mișcă. Acul modern este fabricat la un standard ridicat, dar ocazional vârful este tocit sau agățat sau mânerul nu este atașat ferm de ax. Astfel de ace ar trebui respinse de îndată ce problema este descoperită.

Diametrul și lungimea tipice (care se referă la partea expusă a arborelui, fără a include mânerul) ale acelor de acupunctură utilizate în mod obișnuit sunt prezentate în Tabelul 11.3 .

Cumpărați doar ace de unică folosință de unică folosință.

TABELUL 11.2

Variații în fabricarea acului

Parte	Variante	Avantaje/dezavantaje
Arbore (oțel inoxidabil)	Neşlefuit Lustruit „1 J. acoperit cu silicon	Standard: „prins" de țesuturi pentru a produce de *qi* Confortul pacientului, dar mai puțină aderență pe țesuturi, astfel încât de qi poate fi mai dificil de obținut
Mâner	Metal bobinat (oțel, cupru) Metal solid Plastic	Usor de manipulat Mai puțin ușor de manipulat Greutate ușoară t [a] dar neconductiv

[a] În unele poziții, un ac care este întins superficial va fi mai probabil să cadă dacă mânerul este din oțel greu, caz în care plasticul ușor poate fi un avantaj.

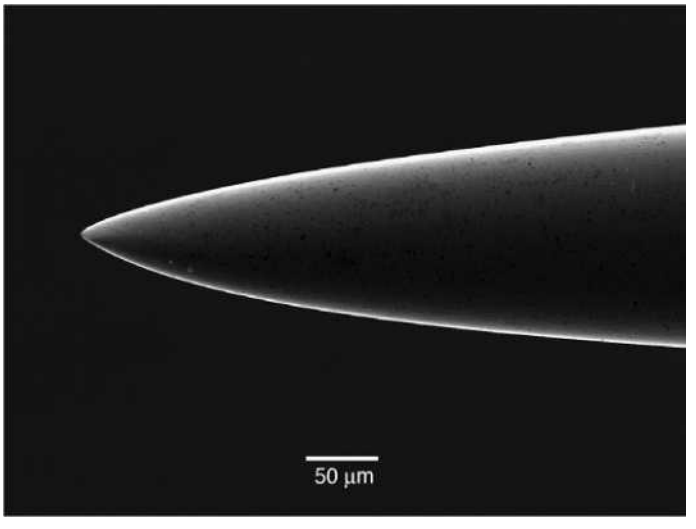


Figura 11.1 Micrografie electronică a vârfului acului de acupunctură (cu amabilitatea Universității Plymouth).

TABELUL 11.3

Variații în dimensiunile acelor disponibile în mod obișnuit

	Gamă	Standard	Scopuri speciale
Diametru	0,12-0,35 mm	0,25 sau 0,30 mm	Acele mai lungi ar trebui să fie mai groase, pentru rezistență; de obicei 0,30 sau 0,35 mm
Lungime	7-125 mm	25 sau 40 mm	Lungimi mai lungi de până la 75 mm sunt folosite pentru punctele adânci, de exemplu în mușchii fesieri. Lungimi mai scurte, de 15 mm, sunt utilizate pentru față și ureche.

Tuburi de ghidare

În mod tradițional, acele au fost introduse direct folosind o acțiune de mișcare și răsucire, dar acum majoritatea acelor sunt disponibile cu tuburi de ghidare din plastic, iar acestea sunt recomandate începătorilor. Acul este cu aproximativ 2 mm mai lung decât tubul, suficient pentru a permite introducerea acestuia prin piele prin atingerea capătului. Acele simple sunt de obicei ținute în tubul de ghidare cu o pană sau un dop. După ce ați eliberat acul, înclinați tubul de ghidare astfel încât să apară mânerul și țineți-l între deget și degetul mare pentru a opri căderea.

Alte tipuri de ace

Uneori sunt folosite ace reziduale pentru a continua efectul tratamentului între prezența la clinică. Există contraindicații și precauții speciale pentru utilizarea lor, despre care le vom discuta în capitolul 13. Cea mai comună formă de ac rezidual este ca un mic ac de desen cu o proiecție de 2 mm.

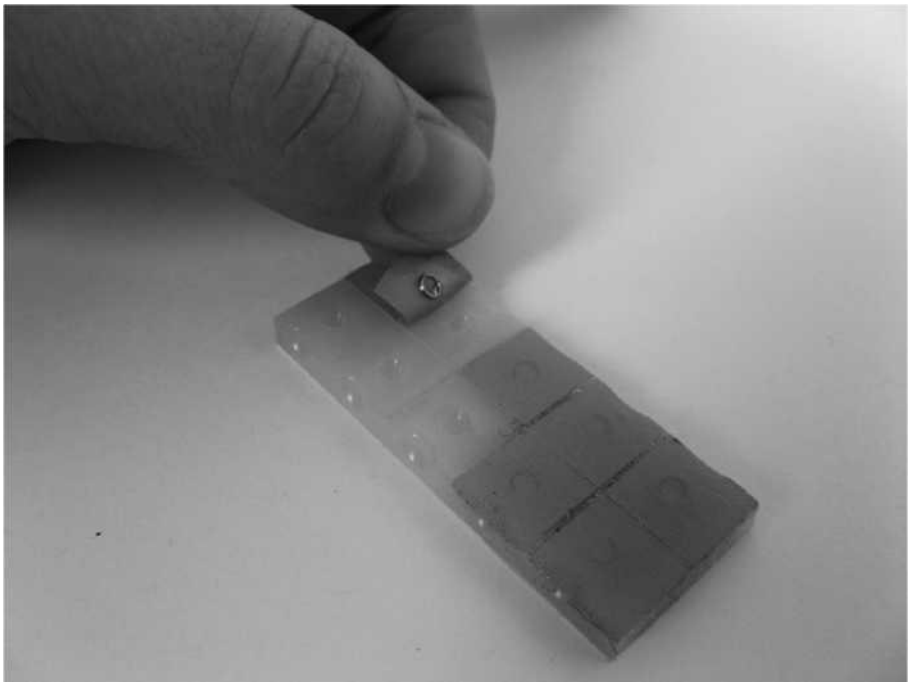


Figure 11.2 Photograph of indwelling needle with integral adhesive dressing.

(Plansa 9). Sunt realizate în diferite diametre și uneori au un pansament adeziv integral (Fig. 11.2). Acestea sunt uneori folosite pentru acupunctura auriculară (când pot fi numite „surse de presare”), dar discutăm mai jos potențialele pericole ale acestui lucru. Ele pot fi utilizate și în alte locuri și trebuie fixate în siguranță cu un pansament adeziv (Planca 10).

Presopunctura auriculară poate fi aplicată folosind bile din oțel inoxidabil sau, mai tradițional, semințe de plante *Vaccaria* , așa cum se arată în Planșa 11.

Echipament de electroacupunctură

În timp ce unii practicieni nu folosesc niciodată electroacupunctura (EA) pe toată durata carierei lor profesionale și, probabil, pacienții lor sunt mulțumiți de rezultate, cei mai mulți constată că, în scurt timp, doresc să poată utiliza EA în special pentru pacienții cu durere cronică.

Alegerea echipamentelor EA nu este simplă: sunt disponibile stimulatoare ieftine , care uneori sunt eficiente, dar un aparat care este cu adevărat flexibil și suficient de fiabil costă câteva sute de lire sterline. Merită să cumpărați tot ce vă puteți permite. Unele dintre cele mai importante criterii pentru o mașină de calitate sunt sugerate mai jos (vezi Caseta 11.5). Unele dintre modelele mai vechi care sunt încă disponibile nu funcționează conform descrierii și este posibil să nu îndeplinească criteriile de calitate standard actuale ; în Europa, standardele sunt stabilite de Comitetul Electrotehnic Internațional (CEI), dar până în prezent nu există standarde specifice pentru mașinile EA. Aparatura modernă este realizată la standarde înalte (Plansa 2) și au un maxim

CASETA 11.5

Caracteristici sugerate ale aparatului optim de electroacupunctură

- Funcționare la joasă tensiune, de preferință cu baterie
- Comutator principal pornit/oprit
- Ieșire unde pătrate cu unde de polaritate alternativă
- Ieșiri de joasă și înaltă frecvență (de ex. 2-4 Hz și 80-100 Hz), cu comutare automată între ele
- Reglare separată pentru intensitățile ieșirilor de joasă frecvență și de înaltă frecvență
- Cel puțin trei perechi de cabluri de ieșire, fiecare cu propriul control al intensității
- Fiecare control al intensității plasat în linie cu priza sa de ieșire, pentru o identificare ușoară.

curent de aproximativ 12 mA, care produce aproximativ o zecime din sarcina electrică transtoracică maximă recomandată de US Food and Drug Administration (John Thompson, comunicare personală). Unii angajatori insistă ca toate echipamentele noi să fie verificate de către un departament de fizică din spital sau un laborator similar.

Echipamente auxiliare

Este esențial să aveți la îndemână următoarele aspecte atunci când tratați pacienții:

- Facilități pentru spălarea și uscarea mâinilor înainte de a trata fiecare pacient; gelul cu alcool este o alternativă acceptabilă
- Canapea și perne pentru a sprijini pacientul în poziția corectă
- Tampoane de vată pentru a apăsa pe vârf după scoaterea acului
- Cutii de aruncare sigure pentru ace și tampoane uzate
- Facilități pentru păstrarea evidenței.

Medicii care folosesc o cameră laterală separată pentru acupunctură, astfel încât să poată lăsa pacienții relaxați în timpul tratamentului, ar trebui să aibă un interfon sau un sistem de apel pentru pacient și o metodă de a-și aminti că există un pacient în camera de examinare.

Ace de resterilizare

În anumite circumstanțe în care este imposibil să utilizați ace de acupunctură de unică folosință dintr-un motiv sau altul, singura modalitate de a administra acupunctura poate fi reutilizarea acelor după sterilizarea lor. Sterilizarea completă, standard în spital, este absolut esențială pentru a evita transferul infecției, de exemplu virusul hepatitei, între pacienți. Acele devin rapid tocite atunci când sunt încălzite în mod repetat în timpul procesului de sterilizare și sunt apoi dureroase pentru pacienți.

Cadrul pentru acupunctura

w

<

Acum că clinicile de sănătate și spitalele din Occident îndeplinesc standarde înalte, este ușor să uiți de relevanța cadrului de tratament pentru practica sigură. In doi cazuri raportate în literatura de specialitate, pacienților care au fost grav debilitați de boli cronice li s-a administrat acupunctură la propria casă în condiții murdare. Au dezvoltat septicemie, care a contribuit în cele din urmă la moartea lor.

Cadrul pentru practicarea acupuncturii trebuie să ofere următoarele facilități:

U

<

pH

• Pentru o examinare adecvată: lumină bună și acces bun

- Pentru un tratament adecvat: reperele anatomice trebuie să fie identificabile, de exemplu pentru a stabili anatomia suprafeței pleurei; pacientul sprijinit adecvat pe o suprafață fermă, astfel încât adâncimea de inserție să poată fi monitorizată (uneori dificil la domiciliul pacientului, ceea ce constituie un pericol real).

Alte aspecte ale cadrului care sunt relevante pentru siguranță includ a avea *timp* suficient pentru a efectua procedura cu atenție și a avea suficient *sprijin activ* din partea altor angajați și colegi.

Pregătirea practicianului

Aceasta este o listă de verificare a elementelor la care practicienii ar trebui să reflecteze înainte de a începe tratamentul, pentru a se asigura că:

- să aibă cunoștințele și priceperea - atât în medicină, cât și în acupunctură - pentru a trata pacientul în siguranță și în mod adecvat
- au format (sau au fost informați despre) un diagnostic și un plan de tratament
- în colaborare cu pacientul, apreciați că beneficiile potențiale ale utilizării acupuncturii în circumstanțele acestui pacient depășesc riscurile
- au luat în considerare posibilele efecte ale acupuncturii asupra oricărei alte afecțiuni prezente
- au verificat dacă setarea și echipamentul sunt satisfăcătoare
- cunoaște relațiile anatomice ale tuturor punctelor pe care intenționează să le trateze
- poate face față tuturor evenimentelor adverse probabile care ar putea apărea
- să aibă asigurare de răspundere civilă.

În cele din urmă, practicienii ar trebui să se asigure că imunizarea lor împotriva hepatitei B este la zi, nu numai pentru a se proteja, ci și pentru a-și proteja pacienții. Un grup mic de infecții cu hepatită B a fost atribuit răspândirii de la practicianul care era el însuși pozitiv la antigen. Acest virus este foarte infecțios în doze mici.

Rezumat

Acest capitol este primul dintre cele trei care sunt citite esențiale înainte de a utiliza acupunctura în practica clinică: descrie și enumeră condițiile care trebuie să fie prezente pentru ca dumneavoastră să luați decizia de a utiliza acupunctura.

Acupunctura este contraindicată dacă pacientul are fobie de ac sau nu este dispus, și dacă pacientul se vânătă spontan și nu i s-a verificat funcția de coagulare. Tehnicile speciale de acupunctură sunt, de asemenea, contraindicate în anumite situații: ace reziduale la pacienții cu boală valvulară, electroacupunctură când este montat un defibrilator intracardiac. Contraindicațiile relative impun ca medicul și pacientul să echilibreze beneficiul și riscul potențial: tendință de sângerare severă, tulburări psihologice semnificative , sistem imunitar compromis, antecedente de convulsii majore induse de o procedură medicală și o reacție anterioară marcată la acupunctură.

Trebuie luate precauții speciale pentru anumiți pacienți, cum ar fi cei cu tulburări de sângerare, epilepsie sau imunosupresie. Sarcina nu este o contraindicație, deși anumite tehnici sunt cel mai bine evitate. Pacienții fără un diagnostic clar sau cu orice anatomie distorsionată au nevoie de o atenție atentă, la fel ca și pacienții care trebuie să conducă după tratament. Reactoarele puternice se confruntă cu o agravare a simptomelor lor și a altor efecte adverse după un tratament de rezistență normal și trebuie tratate ușor. Este dificil de prezis în mod fiabil care pacienți vor fi reactori puternici.

Pacienții trebuie să își dea consimțământul informat pentru tratament, care depinde de faptul că li se oferă informații adecvate, adaptate nevoilor și abilităților lor de înțelegere. Consimțământul este în general implicat de faptul că pacienții se pregătesc pentru tratament, dar consimțământul semnat poate fi necesar în anumite circumstanțe.

Condițiile care sunt potrivite pentru acupunctură includ multe afecțiuni musculo-scheletice, în special durerea miofascială, dar nu și artrita sistemică (inflamatoare). De asemenea, leziunile țesuturilor moi care se vindecă lent se pot elimina rapid cu acupunctura. Unele afecțiuni medicale pot fi imitate de durerea punctului de declanșare miofascial. Durerea nociceptivă răspunde în general mai bine decât durerea neurogenă. Așteptările pot îmbunătăți rezultatul în condiții dureroase și unele non-dureroase, dar este inadecvat să ridici așteptările excesiv.

Condițiile nedureroase care pot răspunde includ greață, alergii precum rinita, xerostomia și bufeurile de menopauză.

Echipamentul de acupunctură de bază include ace de unică folosință de diferite dimensiuni. Echipamentele auxiliare esențiale includ spații de spălat, canapea, tampoane de vată și cutie de eliminare a obiectelor ascuțite. Alte consumabile specializate pot include aparate de electroacupunctură și ace de acupunctură auriculară.

Cadrul în care se oferă acupunctura trebuie să fie curat și propice , permițând examinarea și tratamentul atent și oferind sprijinul și timpul necesar.

Practicienii care oferă acupunctură sunt responsabili pentru dezvoltarea abilităților, cunoștințelor și atitudinilor adecvate pentru o practică sigură și eficientă.

CAPITOL

12 Tehnici eficiente de acţionare

Cuprins

Introducere 142
Doza de acupunctură 143
Acupunctura: tehnica de baza 143
Acupunctura: variații ale tehnicii de bază 147
Electroacupunctura 148
Sensibilitatea individuală a pacientului 151
Gestionarea cursului tratamentului 151
Rezumatul 152

După ce ați citit acest capitol, ar trebui să puteți:

- efectuați acul manual standard al punctelor corpului
- modificați doza de acupunctură pentru sensibilitatea individuală a pacientului
- gestionează un curs de tratamente.

Introducere

Nu începe să citești cartea aici! Acest capitol discută tehnicile de bază ale acului pentru o practică eficientă. Se presupune că ați citit capitolul 11, ați finalizat verificările pregătitoare și ați înțeles abordarea medicală occidentală a acupuncturii. De asemenea, este esențial să citiți următorul capitol despre siguranță înainte de a începe practica, deoarece siguranța este la fel de importantă pentru eficacitate.

Cititorii vor fi familiarizați până acum cu sugestiile noastre pentru dozele „standard” de tratament pentru a activa diferitele mecanisme. Acest capitol descrie o tehnică standard mai detaliat și modalitățile în care doza poate fi ajustată pentru fiecare pacient. Această ajustare trebuie evaluată pentru fiecare pacient în mod individual, în funcție de răspunsuri - atât răspunsul imediat la stimularea cu ac, cât și efectele pe care le experimentează în următoarele ore și zile, atât în ceea ce privește simptomele, cât și bunăstarea generală. Acest capitol este despre obținerea corectă a dozei de acupunctură, deși cel mai bun tutore este practica clinică reflexivă.

Metodele de variație a dozei de acupunctură (puterea tratamentului) se bazează în principal pe experiența clinică, mai degrabă decât pe cercetarea sistematică. După cum se vor aștepta cititorii, nu luăm în considerare toate variațiile mai fine ale tratamentului descrise în cărțile de medicină tradițională chineză, ci acoperim ceea ce credem a fi rezonabil conform înțelegerii actuale. Nu veți găsi, de exemplu, detalii despre dacă să rotiți acul în sensul acelor de ceasornic sau în sens invers acelor de ceasornic, dar veți găsi o discuție despre puterea stimulării.

Doza de acupunctură

Tratamentul eficient cu acupunctură înseamnă alegerea punctului sau punctelor pentru această afecțiune la acest pacient, iar apoi acționarea lor cu o doză care obține răspunsul corect fără a provoca o reacție adversă. Recomandarea noastră generală este să începeți cu un tratament standard în cazul în care pacientul este sensibil, chiar dacă anticipați că vor fi necesare mai multe ace cu stimulare mai mare și retenție mai lungă: este mai bine să creșteți treptat doza, odată ce știți cum reacționează pacientul. Variabilele de tratament sunt prezentate în Tabelul 12.1 .

Practicienii trebuie să fie clari cu privire la modalitățile simple de a reduce doza de tratament:

- Folosiți ace mai subțiri
- Folosiți mai puține ace
- Introduceți acele superficial
- Reduceți cantitatea de stimulare cu ac
- Reduceți timpul de reținere a acului.

Acupunctura: tehnica de baza

Acupunctura manuală standard, adică introducerea unui ac în țesuturi, de obicei cu o anumită formă de stimulare, este cea mai frecvent utilizată formă de acupunctură în întreaga lume. Scopul este de a produce o stimulare adecvată în cel mai sigur și mai puțin dureros mod. Descriem procesul în cinci etape:

1. Introduceți acul prin piele
2. Avansați acul la adâncimea necesară, de obicei într-o direcție perpendiculară
3. Manipulați acul, dacă este necesar
4. Păstrați acul in situ, dacă este necesar
5. Scoateți acul.

Niciun ac nu trebuie introdus fără pregătire (Capitolul 11) și fără a lua în considerare siguranța (Capitolul 13), inclusiv, de exemplu, postura pacientului și cunoștințele anatomice ale medicului.

TABELUL 12.1

Factori implicați în puterea stimulării senzoriale care pot afecta doza unui tratament de acupunctură

Inserare

Treatment variable	Range
Type of point	Myofascial trigger points (MTrPs) are 'strongly effective' when very active (painful), and relevant to the presenting complaint For other points, the major classical points such as LI4 are strongest, followed by classical points, and local non-traditional points are weakest
Number of points	Minimum treatment involves one point only; usual treatment involves between 4 and 10 points
Needle type	Larger diameter may have greater effect; highly polished surface reduces effect
Number of needle insertions	Each insertion counts separately
Depth of insertion	Increasing strength from superficial to muscular and further to periosteal levels
Needle stimulation	Increasing from none, to manual once, manual several times, and finally to electrical stimulation
Responses elicited	Amount of de qi, twitch response of muscle, or muscle contraction with electroacupuncture
Needle retention time	Longer is generally considered to be stronger, up to about 30 minutes maximum
Treatment frequency	Usually weekly, or twice weekly, but may be up to 5 x per week
Total number of treatments	Typical courses are about six sessions, but sometimes long-term intermittent 'top-up' treatments are necessary to maintain relief

Acest lucru ar trebui să fie rapid și nedureros; utilizați tubul de ghidare furnizat cu ace și atingeți cu încredere mânerul acului (Fig. 12.1). Spuneți pacienților că vor simți atingerea, dar probabil că nu vor observa nimic ascuțit - deși o pot face ocazional, mai ales dacă pielea este fierbinte și transpirată. Dacă există o durere ascuțită, atunci acul a lovit un nerv, un perete al vasului bogat inervat sau un strat fascial. Încercați mai întâi să reglați acul, fie puțin mai adânc, fie mișcați-vă superficial, dar dacă durerea nu se instalează, îndepărtați-l. Dacă durerea continuă chiar și după îndepărtarea acului, una dintre cele mai bune modalități de a o opri este reintroducerea rapidă a acul în apropierea locului. De obicei, acest lucru oprește durerea, dar trebuie să fii încrezător în acțiunile tale.

Stabiliți obiceiul de a număra numărul de ace introduse *(și* tuburile de ghidare ale acestora), de preferință de două ori, și de a înregistra numărul într-un mod ordonat, astfel încât să puteți verifica ulterior dacă ați scos toate acele - din nou numărând de două ori pentru a evita erorile umane.

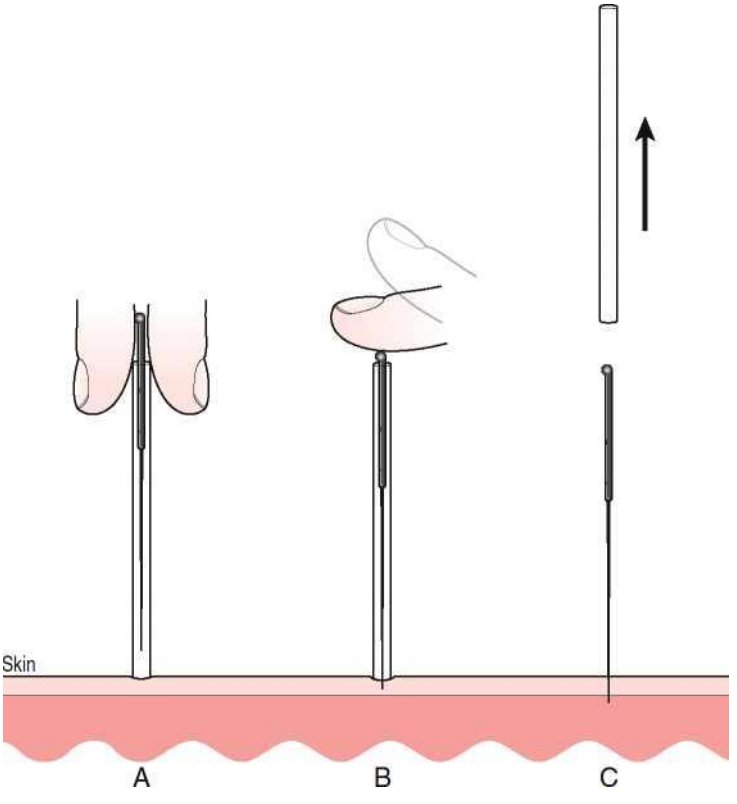


Figura 12.1 Diagrama care indică faptul că acul poate fi ținut în siguranță în tubul de ghidare dacă este ușor retras și că o atingere inteligentă cu vârful degetului va introduce acul subcutanat, permițând ridicarea cu grijă a tubului de ghidare.

Avans

Odată introdus, acul este situat în țesutul subcutanat; va atârna lateral dacă nu este susținut și poate fi lăsat acolo pentru acul „superficial". Dar trebuie să pătrundă mai adânc fie pentru a provoca *de qi* , fie pentru a dezactiva un punct de declanșare. Majoritatea punctelor de acupunctură sunt situate peste mușchi și câteva peste țesutul conjunctiv lax (de exemplu BL60 și KI3, chiar anterior tendonului lui Ahile). De obicei, prin urmare, acul este avansat în stratul muscular; iar o ușoară rezistență poate fi simțită pe măsură ce trece prin fascia.

Direcția de avansare este de obicei perpendiculară pe piele: excepții importante sunt atunci când trecerea cu ac peste cutia toracică și stern (vezi mai jos).

Manipulare

Acul poate fi manipulat cu două tehnici, ilustrate în Figura 3.3:

1. „Ridicare și împingere", adică mișcări verticale repetate de aproximativ 1-2 cm. (Acest lucru este cunoscut și sub numele de „ciugulirea vrăbiilor".)
2. Rotație - rotație rapidă de aproximativ 90° în direcții alternative folosind degetul arătător și degetul mare.

H

Faceți acest lucru până când pacientul simte *de qi* . Adesea, cam în același timp, tis sues prinde acul. Componentele *de qi* sunt descrise în capitolul 2:
majoritatea practicienilor nu le spun pacientilor exact la ce sa se astepte pentru a nu influenta descrierea senzatiilor.

Răspunsul individual la acul este destul de variabil, deși nu înțelegem de ce, și există unii pacienți la care este dificil sau imposibil să se obțină deloc *de qi* . Dacă nu puteți obține *de qi* la un pacient pentru care credeți că este necesar, reintroduceți acul la câțiva milimetri distanță și încercați din nou. Mai mult de două sau posibil trei inserții într-o singură locație sunt suficiente pentru orice pacient.

Tehnica de inactivare a MTrP este ușor diferită și este descrisă mai jos.

Dacă orice manipulare devine neplăcut de dureroasă sau aversivă, opriți-vă.

Vă rugăm să rețineți că unii practicanți aleg să nu manipuleze deloc acele, odată ce acestea au fost introduse la adâncimea dorită (inclusiv unul dintre editori!)

Retenţie

Există o tradiție îndelungată în tratamentul cu acupunctură de a lăsa pacienții întinși liniștiți cu acele in situ timp de aproximativ 20 de minute („retenția acului"), ceea ce se potrivește cu timpul necesar pentru ca concentrațiile de P -endorfină din LCR să atingă nivelul maxim. Acele sunt de obicei lăsate pentru acest timp pentru efecte segmentare, extrasegmentare și centrale. Cu toate acestea, răspunsuri bune pot fi obținute după 10 minute. Tratamentul MTrP nu trebuie să fie prelungit, iar din punct de vedere clinic, multe cazuri cu puncte sensibile, altele decât punctele declanșatoare, par să răspundă la injectarea de câteva minute, poate prin reflexul axonal (vezi capitolul 3). Pacienții se pot relaxa profund în aproximativ 10 minute, dar 20-30 de minute întinși este și mai probabil să ducă la relaxare sau sedare dacă aveți facilitățile care să permită acest lucru.

Îndepărtarea

De obicei, fiecare ac poate fi tras drept afară; Mulți practicieni apasă apoi scurt asupra punctului cu o minge de vată (nu cu un deget - ai putea răspândi infecții , cum ar fi hepatita), pentru a stopa orice punct mic de sângerare. Uneori, acele se îndoaie prin contracția musculară, care se poate datora electroacupuncturii (EA) sau mișcării proprii a pacientului. Acele îndoite trebuie scoase cu mai multă atenție. Foarte ocazional, un ac se rupe accidental, iar dacă ar putea cauza leziuni unor structuri deosebit de vitale (de exemplu pleura, măduva spinării, ochiul), atunci ar putea constitui o urgență chirurgicală. Acul trebuie îndepărtat în orice caz subimaging, cu excepția cazului în care vârful este vizibil cu ochiul liber atunci când este îngropat în țesutul moale. În cele din urmă, verificați dacă toate acele au fost îndepărtate și așezate în siguranță într-un recipient pentru obiecte ascuțite.

Trebuie luate în considerare și tuburile de ghidare, deoarece pacienții sau agenții de curățare pot să nu fie familiarizați cu aparatul și le pot considera periculoase.

Numărați acele, de două ori; numără acele de două ori.

Acupunctura: variații ale tehnicii de bază

Punctele de declanșare miofasciale cu ace

Dacă punctul de declanșare miofascial (MTrP) este acut sensibil și durerea este intensă (semne ale unui MTrP foarte activ), atunci aplicați-l cu precauție.

În cazuri normale, fixați MTrP cu un deget pe fiecare parte sau de-a lungul benzii și avansați acul pe MTrP, ținând ochii și degetele pregătite pentru a identifica un răspuns de contracție. S-a demonstrat că acest lucru prezice un răspuns bun, la fel ca și o reproducere a durerii pacientului (Hong și colab. 1997). Adesea, MTrP nu va fi găsit prima dată sau mai multe MTrP vor fi prezente într-un mușchi: în ambele cazuri va fi necesar să reînaintați acul într-un unghi ușor diferit, explorând mușchiul într-un model asemănător evantaiului (Fig. 12.2) - dar evitați retragerea lui complet din corp, pentru a evita nevoia de a-l reintroduce prin piele. Când nu se mai pot produce smucituri, retrageți acul și apăsați zona pentru a preveni sângerarea în mușchi, deoarece acest lucru provoacă dureri post-tratament.

Alegeți un ac suficient de lung pentru a ajunge la MTrP: de exemplu, piriformis nu poate fi atins cu acul standard de 30 mm și are nevoie de unul de cel puțin 70 mm.

Acul superficial

În Japonia, în special pentru afecțiunile nedureroase, acele sunt de obicei introduse în puncte subcutanat, fără stimulare. Această tehnică este, de asemenea, folosită de mulți practicieni din Occident și numită acupunctură „minimală” sau „superficială” (Baldry 1993, Mann 1992). În Japonia acele sunt reținute timp de aproximativ 20 de minute, dar în Occident, practicanții care folosesc

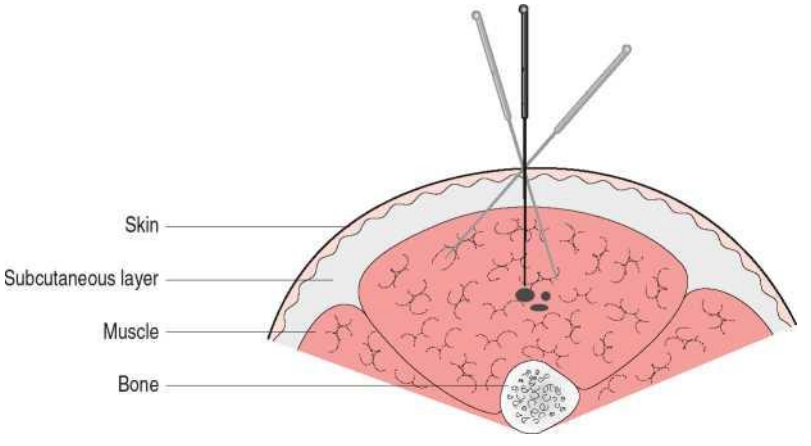


Figure 12.2 Diagram illustrating in principle howto explore fan-wise with a needle to eliminate allparts of a myofascialtrigger point. The needle is withdrawn only as far as the subcutaneous layer, so that it does not need to be reinserted through the skin.

acupunctura afirmă în general că o jumătate de minut poate fi suficient H pentru a produce efecte de tratament. Baldry descrie aceasta ca fiind o metodă utilă de dezactivarea punctelor de declanșare.

< Ciocul periostal

Spre deosebire de pungirea superficială, un tratament puternic a evoluat în Occident. P Se numește „ciugulire periostală” și implică alegerea unui punct în care se află osul U la îndemâna acului (de obicei în jurul articulațiilor, de exemplu platoul tibial distal de aspectul anteromedial al liniei articulației genunchiului). Locația trebuie aleasă pentru efectele sale segmentare, așa cum se arată în Tabelul 16.3. Apoi avansați vârful acului până când atinge periostul și atingeți periostul de câteva ori înainte de a scoate acul. Este important să aveți grijă să nu folosiți mai mult de câteva atingeri, deoarece ciugulirea periostală poate produce reacții puternice, în special la pacienții mai tineri. Îi sfătuim pe practicieni să dobândească abilități în manipularea acelor din diferite țesuturi înainte de a încerca ciugulirea periostală.

Electroacupunctura

Origini

EA sa dezvoltat în forma sa modernă în China în anii 1950, special pentru utilizare în operații chirurgicale. Când acupunctura a fost folosită pentru prima dată pentru analgezie, anesteziștii au trebuit să continue să rotească acele manual pe toată durata operației, așa că au dezvoltat aparate EA pentru a se elibera de această corvoadă. Deși analgezia EA a fost inițial folosită pe scară largă în China și a provocat un mare interes în Occident, ulterior a apărut o imagine mai clară a adevăratei sale valori: EA poate ajuta la reducerea necesarului de medicamente analgezice intraoperatorii și postoperatorii, dar nu produce singur un răspuns fiabil. Unii pacienți obțin o creștere considerabilă a pragului de durere, alții deloc.

Decizia de a utiliza EA în practică este personală: unii practicieni susțin că EA merge împotriva spiritului unei terapii „naturale” și că pot obține toate rezultatele de care au nevoie doar cu ajutorul acului manual. Alți acupuncturi consideră că EA este utilă, în special pentru pacienții cu durere nociceptivă cronică care nu au răspuns la una sau două ședințe cu pungere manuală și pentru stimularea centrală (Fig. 12.3). Alte roluri posibile pentru EA sunt ca adjuvant al analgeziei chirurgicale și în tratamentul dependenței de droguri.

Aplicație

Când intenționați să utilizați EA, introduceți acele în mod obișnuit, dar planificați amplasarea acestora astfel încât perechile de ace să poată fi conectate împreună prin perechi de cabluri de la aparat. Majoritatea aparatelor oferă trei sau patru perechi de cabluri care pot fi conectate în același timp. Nu este ușor să dai sfaturi cuprinzătoare cu privire la aspectele practice dintr-o carte, iar cursurile despre EA sunt disponibile. Pentru tratarea zonelor de durere, acele pot fi conectate peste tot pentru a „inunda”

Figura 12.3 Electroacupunctura este administrată printr-o pereche de cabluri atașate la SP6 pe fiecare picior.

zona cu curent. Când se tratează un MTrP, un cablu se atașează la acul din vârf, iar perechea sa la un ac neutru în orice alt loc.

Un medic înțelept verifică de două ori dacă aparatul este oprit înainte de a conecta cablurile, apoi crește treptat puterea tratamentului în timp ce verifică ceea ce simte pacientul. Cei doi parametri care pot fi controlați sunt frecvența și intensitatea:

- *Frecvenţă.* Aceasta variază de obicei de la 2 la 80 sau 100 Hz. Aranjamentul cel mai comun este perioadele de 3 secunde care alternează între 2-4 Hz și 80-100 Hz. Acest model este conceput pentru a preveni acomodarea nervilor și pentru a maximiza varietatea de neurotransmițători eliberați.
- *Intensitatea* curentului electric. Creșteți intensitatea de la zero încet, în primul rând până când pacientul este conștient de aceasta și apoi mai departe până când fie provoacă strângere musculară, fie devine atât de mult pe cât poate tolera pacientul confortabil. Când se utilizează două frecvențe alternative, pacientul poate simți o frecvență, dar nu și cealaltă; aici este util în special dacă aparatul permite setări separate de intensitate pentru fiecare frecvență.

Tratamentul este de obicei dat aproximativ 20-30 de minute. Răspunsul poate înceta după primele câteva minute, caz în care intensitatea trebuie crescută din nou. Unii pacienți pot fi dispuși și capabili să ajusteze singuri intensitatea . Ocazional, intensitatea devine brusc puternică - de obicei pentru că pacientul s-a mișcat, apropiind probabil acul de un nerv. Pacienții trebuie informați cu privire la această posibilitate. Figura 12.4 arată că EA este utilizată pentru a trata durerea articulară.

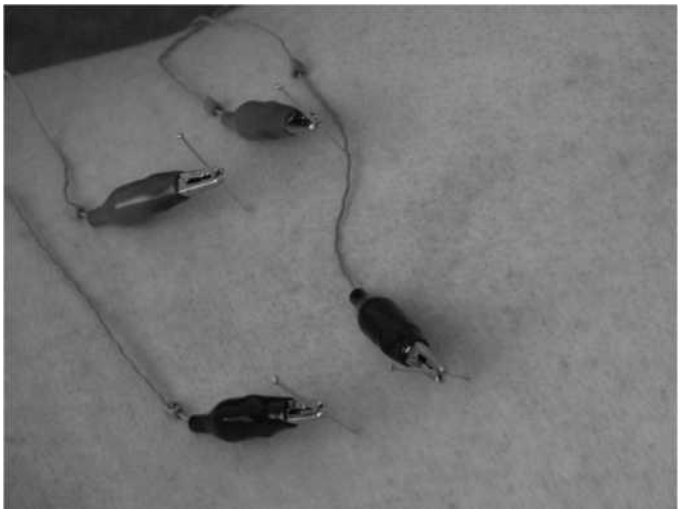


Figure 12.4 Electroacupuncture being used to treat facet joint pain.

Siguranța electroacupuncturii

EA nu trebuie utilizat dacă pacientul este deloc nervos în legătură cu stimularea electrică . În SUA nu este permisă conectarea acelor peste cap sau gât. Nu utilizați EA în zonele de denervare senzorială.

Este îndoielnic dacă EA poate afecta funcția sistemului de conducere al inimii sau stimulatoarele cardiace artificiale. A fost raportat un caz în care un traseu ECG a fost interpretat ca arătând că un stimulator cardiac a fost afectat de EA (Fujiwara et al 1980), dar aceasta poate să nu fie interpretarea corectă . Calculele arată că EA generează doar o sarcină electrică în jurul inimii de o zecime din maximul recomandat de FDA. Dar factorii care controlează intensitatea câmpului electric - tipul de curent, grosimea pielii, tipul acului și adâncimea inserției - nu sunt încă cunoscuți, așa că este bine să fii precaut. Vă recomandăm ferm să nu conectați acele electrice peste torace (fie pe peretele toracic, fie de la braț la braț).

De asemenea, EA trebuie utilizat cu prudență la pacienții cu epilepsie. EA în regiunea sinusului carotidian sau nervul vag din triunghiul anterior al gâtului poate provoca bradicardie; iar EA în apropierea nervului laringian recurent poate provoca spasm laringian. S-a raportat că EA la nivelul scalpului cauzează angină pectorală . Simptomele au recidivat la repetarea tratamentului, dar nu a fost oferit niciun mecanism care să explice această observație.

Sensibilitatea individuală a pacientului

Pacienții variază în ceea ce privește răspunsul la acupunctură, iar unii experimentează cu ușurință senzații de oboseală sau stare de rău sau o agravare a simptomelor, așa cum am discutat în secțiunea despre reactorii puternici din Capitolul 11.

Nu există o modalitate certă de a anticipa cine va reacționa puternic, așa că cea mai sensibilă abordare este o încercare terapeutică cu toți pacienții: nu suprastimulați la primul tratament și apoi, dacă nu a existat nicio reacție, creșteți puterea tratamentelor ulterioare. Ca un ghid general, ar fi de obicei sigur să începeți cu cel mult patru sau cinci ace, stimulate o dată și să nu lăsați mai mult de 10 minute.

Câțiva pacienți vor avea o reacție severă chiar și la acest tratament precaut și atunci este bine să discutăm cu ei opțiunile terapeutice: fie să dați un tratament mai ușor data viitoare (până la tratamentul minim strict cu un ac de diametru mic reținut doar pentru 30 de secunde) sau să abandonați tratamentul.

Gestionarea cursului tratamentului

Acupunctura este adesea dată ca un curs în timpul căruia efectele ei se acumulează. Cu toate acestea, afecțiunile musculo-scheletice relativ acute, inclusiv MTrP și alte leziuni ale țesuturilor moi care nu s-au vindecat după (să zicem) 6 săptămâni, pot răspunde după doar unul sau două tratamente.

Al doilea tratament și următoarele sunt ghidate de răspunsul la tratamentele anterioare. Cel mai frecvent, pacientul dumneavoastră va fi observat un anumit beneficiu, dar probabil că nu a durat. Repetați tratamentul cu o doză ușor crescută pentru a obține un beneficiu cumulativ pentru efecte mai profunde și de durată.

Pentru majoritatea afecțiunilor, pacienții și practicienii ar trebui să fie pregătiți să se angajeze la un curs de aproximativ șase până la opt tratamente - mai puține dacă simptomele sunt de debut recent și limitate la o singură zonă, dar mai multe pentru afecțiunile cronice sau extinse. Atunci când este prezentă o patologie precum artrita, tratamentul va trebui probabil continuat cu „încărcări" la intervale tot mai mari, inițial lunar, dar apoi mai rar.

Nu toți pacienții răspund la acupunctură, desigur. Dacă nu există niciun răspuns la prima ședință, verificați istoricul și examinarea, apoi creșteți puterea tratamentului. Dacă încă nu există niciun răspuns, merită să modificați abordarea de tratament în mod corespunzător - adăugarea de puncte extrasegmentare sau centrale, de exemplu, sau adăugarea EA. Dacă nu există niciun semn de răspuns în primele patru sesiuni, majoritatea practicienilor vor abandona acupunctura; deși unii susțin că unii pacienți ar putea să nu înceapă să răspundă până când nu au avut șase ședințe.

Dacă tratați un pacient cu cancer care începe brusc să nu răspundă la un tratament care anterior a fost eficient, atunci luați în considerare posibilitatea ca acesta să fie un semn al creșterii sarcinii tumorale sau al recurenței.

Rezumat

w Acest capitol descrie tehnica de bază a acupuncturii și modul de modificare
această tehnică pentru a crește sau a reduce doza de tratament, după cum este necesar
pentru < fiecare pacient în parte. Scopul este de a da o doză suficientă pentru a obține a
răspuns, dar nu atât de puternic încât să producă o reacție. Doza poate fi adaptată la
circumstanțele clinice individuale în mai multe moduri, inclusiv
tipul și numărul punctului de acupunctură, tipul și numărul acului, adâncimea de inserare, cantitatea de stimulare și durata tratamentului.

Odată ce pacientul a fost poziționat corect, tehnica manuală de bază constă în: inserare, avans, manipulare, reținere și îndepărtare. Senzația unică de ac cunoscută sub numele de *de qi* ar trebui de obicei provocată. Acele ar trebui să fie numărate și numărate în afară.

Tehnica standard de acționare poate fi modificată pentru inactivarea punctelor declanșatoare miofasciale, pentru acționarea superficială (minimă) și pentru ciugulirea periostală.

Electroacupunctura (EA) este utilizată în principal pentru stimularea centrală și pentru a trata durerea cronică și alte afecțiuni. Aparatul este atașat la ace în perechi și se ajustează frecvența și intensitatea stimulării. Măsurile de precauție pentru utilizarea EA includ să nu curgă curentul pe piept, să nu interfereze cu stimulatorul cardiac sau cu defibrilatorul și (în SUA) să nu se aplice stimularea capului.

Pacienții variază în ceea ce privește sensibilitatea la injectare și nu este ușor de prezis cine va experimenta o reacție.

Tratamentul necesită de obicei repetat de până la șase până la opt ori pentru a produce un efect cumulativ și de durată. Dacă nu a existat niciun răspuns, ar trebui utilizat un tratament mai puternic și apoi ar trebui încercate alte abordări. Majoritatea practicienilor opresc tratamentul dacă nu a existat niciun răspuns după patru ședințe, deși o mică minoritate de pacienți încep să arate un răspuns abia după șase ședințe.

CAPITOL

Acul în siguranță

13

Cuprins

Introducere 153

Echipamente si administrare 154

Reducerea riscului de traumă 155

Reducerea riscului de infecție 158

Dezvoltare profesionala 160

Rezumat 161

După ce ați citit acest capitol, ar trebui să puteți:

- spuneți cum să evitați leziunile vaselor de sânge, inimii, cordonului periferic, pleurei și plămânilor și organelor abdominale
- indicați ce pacienți anumiți sunt expuși riscului de infecție
- menționați care site-uri sunt deosebit de predispuse la infecție.

nervi, coloanei vertebrale

Introducere

Nu este deloc necesar să subliniem importanța siguranței, care ar trebui să devină parte integrantă a practicii acupuncturii. Acest capitol trebuie citit împreună cu listele de contraindicații și precauții generale din Capitolul 11, Pregătirea pentru tratament. Se oferă sfaturi cu privire la anumite reguli și tehnici care sunt concepute pentru a evita cele mai frecvente evenimente adverse care sunt raportate în literatură.

Tratați pacienții întinși

Pregătirea finală înainte de acţionarea pacienţilor este poziţionarea lor corectă. Ideal ar fi să fie întinși cel puțin la primul tratament, pentru a evita leșinul. Leșinul poate provoca consecințe grave (inclusiv convulsii), întrerupe tratamentul și supără pacienții. Ocazional, poate fi imposibil să obțineți acces la punctele necesare, de exemplu gâtul și umerii, atunci când pacientul este în decubit dorsal. În aceste cazuri, pacienții pot fi tratați cu precauție stând pe canapea, astfel încât să poată fi așezați imediat, dacă se simt leșin.

Verificați fața pentru paloare sau transpirație și pulsul pentru bradicardie. Dacă trebuie să întindeți pacientul, scoateți toate acele instantaneu.

Tratați pacienții întinși, cel puțin prima dată.

Echipamente si administrare

Manipularea acelor

În cele mai multe cazuri, acele sunt folosite o dată și apoi aruncate în coșul pentru obiecte ascuțite. În cazul pungii scurte (de exemplu, tratarea MTrPs), atunci puteți reintroduce un ac, deși aveți grijă că acesta devine rapid tocit și mai dureros atunci când traversează pielea și straturile fasciale. Dacă se folosește un tub de ghidare, acul trebuie să fie reînvelit mai întâi mânerul - nu capătul ascuțit mai întâi - pentru a evita rănirea înțepăturii acului (Fig. 13.1).

Ca principiu general, un ac trebuie să fie fie în pachetul său original (nedeschis), în mână în tubul de ghidare, cu capătul ascuțit îndreptat spre pacient, într-un punct potrivit al pacientului (în timpul tratamentului), fie în cutia pentru obiecte ascuțite. Niciun ac nu trebuie lăsat în afara pachetului său nesupravegheat pe orice suprafață . Nu păstrați acele pacientului între ședințele de tratament, deoarece mica economie de cost nu justifică riscul de infecție încrucișată asociat cu erorile de manipulare. Tuburile de ghidare nu ar trebui să fie împărțite între pacienți, din nou din cauza riscului mic de infecție încrucișată, așa că aruncați-le după fiecare contact cu pacientul.

Pacienți uitați

Un alt eveniment care este jenant de frecvent este uitarea unui pacient care este tratat într-o cameră laterală. Este ușor de văzut cum se poate întâmpla acest lucru: un medic, de exemplu, în asistența medicală primară efectuează o intervenție chirurgicală ocupată și pune un pacient în

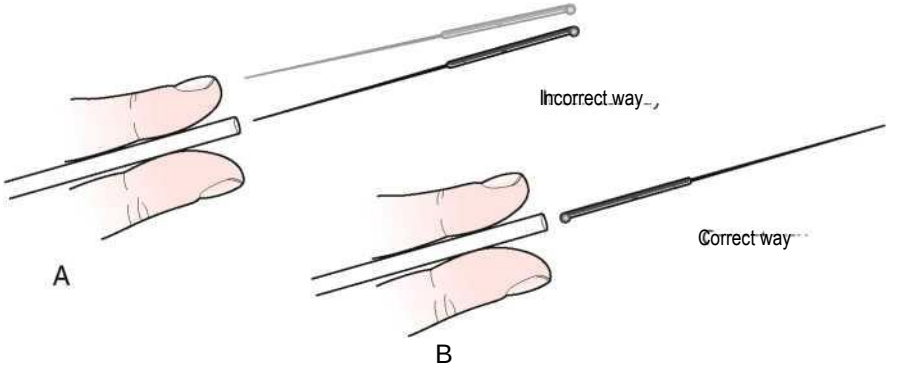


Figura 13.1 Diagrama care arată riscul de rănire prin înțepătură de ac la reîncărcarea unui ac: reîncărcați întotdeauna mânerul mai întâi.

camera laterală pentru a acorda mai mult timp pentru tratamentul cu acupunctură. Medicul este chemat la o vizită urgentă, iar pacientul este uitat.

Dacă pacientul este tratat într-o cameră laterală, instalați un sistem astfel încât pacientul să poată chema ajutor. De asemenea, este înțelept să configurați un sistem de memento în cabinetul principal pentru a indica faptul că camera laterală este ocupată de un pacient cu ace.

Reducerea riscului de traumă

Următoarele secțiuni sunt organizate în funcție de structura la risc. Acest capitol nu pretinde a fi complet cuprinzător; de exemplu, nu abordează toate riscurile asociate cu toate punctele de acupunctură, ci doar pe cele care sunt susceptibile de a fi folosite de către începător. Se presupune că unele cunoștințe de anatomie și cititorilor li se recomandă, de asemenea, să studieze cu atenție trei articole care discută detalii despre anatomia umană în mod specific pentru acupuncturist (Peuker & Cummings 2003a, 2003b, 2003c). În cele din urmă, responsabilitatea pentru o practică sigură revine practicianului.

Vasele de sânge

În piele, reduceți riscul de sângerare evitând acul în vene vizibile și acordând atenție introducerii și îndepărtarii rapide și curate. Opriți rapid orice sângerare în mod normal, apăsând cu un tampon sau șervețel curat și ridicând piesa, după caz. Hematoamele pot fi incomode și inestetice, mai ales la nivelul gâtului și feței. Pregătiți un tampon pentru a presa orice pată de sânge după ce ați scos acul. Ar trebui să apăsați pe un loc care sângerează timp de până la 2 minute pentru a reduce probabilitatea unei vânătăi.

Este important să se evite acţionarea vaselor de sânge mai mari, în special la nivelul cotului şi al fosei poplitee. Acest lucru nu se datorează doar riscului de sângerare: de fapt, sângerarea gravă este rară, deoarece acul face o gaură curată, cu condiția ca membrul să nu se fi mișcat prea mult în timp ce acele erau în poziție (de exemplu, electroacupunctura poate face ca partea să se zvâcnească), iar sângerarea este de obicei ușor de oprit prin presiune. Cu toate acestea, s-a raportat ocazional afectarea arterială cauzată de anevrisme traumatice: acupunctura la BL54/40 în fosa popliteă a provocat un anevrism al arterei poplitee care a dus la simptome persistente de claudicație intermitentă. În mod similar, a fost raportat un hematom retroperitoneal ca urmare a sângerării de la anevrismele arterei renale care au fost produse prin acul lombar profund pentru dureri de spate, iar într-un alt caz aorta a fost acultă direct.

Înainte de a folosi ac în apropierea unei artere superficiale, identificați întotdeauna poziția arterei prin simțirea pulsului.

Tromboza venoasă profundă a fost raportată și la locul unde un pacient a fost tratat cu acupunctură. În mod evident, acest lucru este dificil de prevenit, deși pacienții mai puțin mobili ar trebui încurajați să se miște activ după tratament.

Artera vertebrală este vulnerabilă la acul de GB20 (pentru localizarea punctelor, H vezi cap. 16) și posibil BL10 la pacienții cu gât subțire, la care boala.

tanța de pe piele este mai mică decât 4-6 cm obișnuiți; la GB20, un ac nu trebuie introdus mai adânc de 3 cm la acești pacienți și trebuie să fie înclinat < în sus spre baza occiputului - și spre ochiul contralateral.

u Inima

Vasele de sânge de la suprafața inimii sunt la îndemâna unui ac standard de acupunctură: dacă aceste vase sunt pătrunse, ele pot sângera în spațiul pericardic unde presiunea se acumulează rapid - o afecțiune cunoscută sub numele de tamponare cardiacă, care este probabil să fie fatală. Există două decese raportate prin tamponare după acupunctură. Practicanții trebuie să fie foarte clari că știu unde riscă ca acele lor să atingă inima:

- Între coaste peste pieptul anterior
- Foramenul sternal (anomalie congenitală).

Aproximativ 5-8% din populație prezintă o anomalie congenitală, *foramenul sternal,* care apare atunci când cele două părți ale sternului nu se unesc complet în timpul osificării (vezi Planșa 12). De obicei, acest lucru se întâmplă la al patrulea spațiu intercostal, unde se află punctul de acupunctură CV17. Când este prezent un for de bărbați, inima se află la doar aproximativ 15-25 mm sub suprafața pielii la pacienții subțiri, la îndemâna acului standard de acupunctură (măsurători de la Elmar Peuker). Distanța de la piele până la suprafața posterioară a sternului la o femeie slabă care a murit de tamponare cardiacă a fost măsurată post-mortem și a fost între 13 și 19 mm. O anomalie de foramen nu apare pe filmele normale cu raze X toracice, doar pe CT și nu poate fi detectată în mod fiabil la palpare. Prin urmare, CV17 trebuie să fie întotdeauna acul, fie superficial , fie oblic, la un unghi de maxim 30° față de stern.

Deși a fost raportată tamponarea de la un ac între coaste, practicienii nu ar trebui în niciun caz să pună ac între coaste din cauza riscului mult mai frecvent de pneumotorax.

Nervi periferici

Foarte ocazional, acționarea produce simptome locale - de obicei amorțeală sau slăbiciune motorie, ocazional durere - care pot persista câteva săptămâni, probabil din cauza neuropraxiei. Nu este clar de ce se întâmplă acest lucru în unele cazuri și pare inevitabil. Poate fi cel mai frecvent la LI4.

Un loc în care leziunea cu ac poate afecta funcția nervoasă este nervul fibular comun, aproape de GB34, unde poate provoca căderea piciorului. Uneori, nervul sciatic este acționat direct atunci când se tratează mușchiul piriform sau GB30 sau BL54, provocând dureri ascuțite, deși rareori pierderea funcției . Nervul median este ușor de atins cu un ac adânc la PC6. În toate astfel de cazuri, acul trebuie retras imediat din nerv, iar pacientul trebuie să fie liniștit. Se pare că acele de acupunctură împing nervii destul de frecvent, dar doar rareori fac vreun rău.

Măduva spinării și trunchiul cerebral

Măduva spinării și rădăcinile nervilor spinali sunt vulnerabile la acul profund la punctele vezicii urinare paravertebrale și *Huatuojiaji* , care ar trebui să fie îndreptate într-o direcție mediocaudală. La persoanele cu fizic normal, măduva spinării este la aproximativ 25-45 mm adâncime de la suprafață în regiunea toracică și la aproximativ 55 mm adâncime în coloana lombară joasă și cauda equina. În linia mediană (punctele GV), un ac înclinat într-o direcție craniană poate trece între procesele spinoase care se suprapun, așa că acele trebuie direcționate caudal. Leziuni ale măduvei spinării au fost raportate ocazional în literatura de est. Aceste leziuni produc semne neurologice focale sau paraplegie.

Imediat sub occiput, trunchiul cerebral și cerebelul sunt vulnerabile la răni în timpul acului. Chiar dacă în această zonă poate exista o tradiție a acului profund , vă sfătuim cu insistență să nu acționați adânc și să direcționați acul în sus (cranial, spre baza occiputului) atunci când faceți ac în linia mediană (punctele GV). La GB20, acul în sus și medial, spre ochiul opus.

Pleurele

Pneumotoraxul este cel mai frecvent eveniment grav sau potențial grav raportat în asociere cu acupunctura. La persoanele sănătoase, peretele toracic are o grosime de aproximativ 20-40 mm, dar compresia țesuturilor moi este probabil să apară în timpul acționării, așa că o adâncime de 10-15 mm ar trebui considerată maximă în locurile în care nu există coastă sau scapula pentru a proteja pleura. Pneumotoraxul este un risc deosebit pentru pacienții cu cașexie sau cu perete toracic subțire, care este probabil la oricine care caută tratament cu acupunctură pentru boli respiratorii cronice: în aceste cazuri, nici un ac nu trebuie să meargă mai departe decât imediat subcutanat.

Un pneumotorax poate fi produs prin acționare oriunde în anatomia de suprafaţă a plămânului, dar în special în fosa supraclaviculară şi între coaste.

Când treceți cu ac peste coaste, riscul trebuie redus într-unul din trei moduri (Fig. 13.2):

1. Fixați pielea (și punctul de declanșare sau de acupunctură) între degete cu degetele plasate în spațiul intercostal de fiecare parte a coastei; acul direct peste coastă
2. Folosiți doar acul superficial
3. Introduceți acul oblic, la tangentă la cutia toracică.

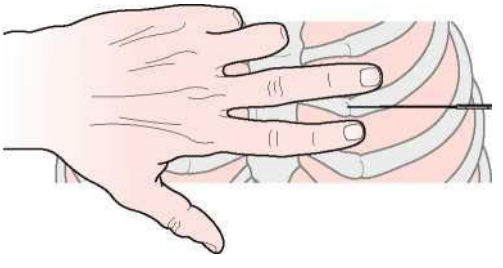


Figure 13.2 Diagram showing the technique for safe needling over the ribs: the trigger point has been fixed between the fingers, which are pozitionat peste spatiile intercostale.

Punctul GB21 este frecvent acţionat și necesită o tehnică specială, H , care este ilustrată în Capitolul 13.

Un alt punct de remarcat în legătură cu pneumotoraxul este dificultatea de a pune diagnosticul: pneumotoraxul poate apărea doar la ceva timp, până la 2 zile, după leziune. Oricine are durere, tuse sau dificultăți de respirație în decurs de 2 zile de la acupunctură ar trebui să fie suspectată de pneumotorax. Examinarea cu raze X trebuie aranjată de urgență pentru a pune diagnosticul și a ghida managementul . Pneumotoraxul de tensiune a fost descris uneori după acupunctură și în acest caz va fi cu siguranță nevoie de tratament de urgență în spital. Deși descriem aceste cazuri grave, pare posibil ca o serie de cazuri minore de pneumotorax să apară după acupunctură fără a fi identificate și să se rezolve spontan.

Organe abdominale

Este rar să vezi un raport de penetrare a organelor abdominale, deși a fost descris un caz recent de acutizare profundă în regiunea epigastrică care provoacă o fistulă aortoduodenală, care a dus la moartea pacientului. Ca ghid pentru adâncimea sigură de inserare a acului, peretele abdominal are o grosime de aproximativ 20-40 mm la adulții cu greutate normală. Devine mai subțire când este întins și mai subțire atunci când este comprimat în timpul introducerii acului.

Reducerea riscului de infecție

Există două posibilități principale ale modului în care pacienții ar putea deveni infectați prin acupunctură: contaminarea cu bacterii din pielea pacientului sau a medicului și transferul infecției cu virusuri transmise prin sânge prin ace contaminate cu sânge. Răspândirea infecției între pacienți este eliminată prin utilizarea ace de unică folosință de unică folosință.

Igiena si pregatirea pielii

Practicienii trebuie să își curețe întotdeauna mâinile cu săpun sau gel cu alcool înainte de a trata un pacient cu acupunctură și între pacienți. Acest lucru este liniștitor pentru pacienți și reduce riscul foarte ocazional ca mâinile să fie contaminate cu - *Staphylococcus aureus* rezistent la meticilină sau virusul hepatitei B de la un pacient anterior. Gelul cu alcool este un înlocuitor eficient al săpunului doar dacă mâinile nu sunt murdare vizibil, deoarece alcoolul nu pătrunde în materia organică. Practicanții trebuie să acopere orice răni sau leziuni ale pielii pe care le-ar putea avea cu pansament impermeabil înainte de a trata pacienții.

Înainte de a introduce un ac, verificați dacă pielea pacientului este curată clinic. Nu este nevoie să folosiți tampoane cu alcool în mod obișnuit înainte de acupunctură, la fel cum nu este nevoie să le folosiți înainte de a face injecții (Hoffman 2001). Tampoanele cu alcool nu elimină în mod fiabil bacteriile de pe suprafața pielii și au un efect redus asupra bacteriilor din adâncurile glandelor, foliculilor și criptelor pielii. Oricum, flora pielii este în general comensală și scăzută

patogenitate. Alcoolul sensibilizează pielea și face ca introducerea acului să fie mai dureroasă. Experiența îndelungată a injecțiilor fără utilizarea tampoanelor nu a arătat un risc mai mare de infecție. Numărul de bacterii care este probabil să fie inoculate pe vârful unui ac de acupunctură a fost calculat a fi mult sub cel necesar pentru a provoca o infecție la pacienții sănătoși (Hoffman 2001). Acest lucru explică probabil de ce infecția după acupunctură este mult mai puțin frecventă decât ar fi de așteptat.

Cu toate acestea, au apărut cazuri ocazionale de infecție, de la celulitis până la fasciită necrozantă. Infecția este mai probabilă în anumite locuri și la pacienții debiliți sau imunocompromiși.

Acele lungi prezintă o problemă specială, deoarece arborele trebuie susținut în timp ce acul este avansat. Țineți axul cu un tampon steril sau sprijiniți-l folosind un tub de ghidare mai scurt (unul nou, nu unul folosit pentru alt pacient).

Sala de consultații trebuie menținută la un standard ridicat de curățenie; de exemplu, sângele vărsat trebuie curățat prompt. Toate articolele contaminate neascuțite trebuie aruncate într-o pungă de deșeuri clinice (de obicei, o pungă galbenă).

Locuri vulnerabile și pacienți vulnerabili

Acordați o atenție deosebită anumitor *site-uri* și în special *pacienților* . Site *-urile* care sunt deosebit de vulnerabile la infecție includ:

- cartilajul urechii (utilizați o inserție perpendiculară pentru a evita deteriorarea excesivă a cartilajului)
- partea medială inferioară a piciorului, unde se dezvoltă ulcere varicoase
- un membru cu (sau predispus la) limfedem după cancer - evitați acționarea acestui membru
- un membru inferior care are mai mult decât o urmă de edem dependent
- orice zonă în care alimentarea cu sânge este compromisă, de exemplu de boala arterială periferică
- alte locuri unde o infecție ar fi deosebit de devastatoare, cum ar fi spațiile articulare (inclusiv efuziunile articulare, atunci când sunt prezente), locurile de fractură și meningele
- unde există un corp străin cum ar fi o articulație protetică.

Pacienții care prezintă un risc deosebit de infecție includ *:*

- pacienți imunocompromiși, fie din afecțiuni precum SIDA, fie ca urmare a terapiei imunosupresive sau a terapiei pentru cancer
- cei debilitati fizic, de exemplu din cauza unei boli cronice.

Un raport a sugerat că un pacient cu diabet zaharat prezenta un risc crescut de infecții prin acupunctură, dar acesta pare să fie un caz izolat. În afară de vigilență sporită, nu este necesară nicio acțiune specială la pacienții cu diabet.

Cu toate acestea, infecții grave au fost raportate foarte ocazional la pacienții anterior sănătoși, fără factori de risc aparent: trebuie să punem acest lucru pe seama nefericirii. Majoritatea infecțiilor oportuniste cu acupunctură sunt cauzate de grupul *Stafilococ* . Cu toate acestea, speciile *de Clostridia* au fost cultivate din abcese în coloana cervicală și regiunea temporomandibulară.

Endocardita bacteriană

U
pi
PH

Șase cazuri de endocardită bacteriană subacută au fost atribuite acupuncturii . În cinci cazuri, valvele cardiace ale pacienților erau deja anormale în urma intervenției chirurgicale sau ca urmare a febrei reumatice. Trei cazuri au apărut după folosirea acelor reziduale, care reprezintă un risc recunoscut; dar trei au avut loc după sesiuni de acupunctură corporală normală, ceea ce este mai greu de explicat (vezi mai sus). Circumstanțele complete ale acupuncturii sunt necunoscute în aceste cazuri, deoarece au fost raportate de personal care nu avea legătură cu tratamentul. În prezent, nu sunt recomandate măsuri de precauție speciale cu privire la sesiunile de tratament cu acupunctură corporală la pacienții cu anomalii ale valvei cardiace.

Acele reziduale sunt contraindicate la pacienții cu boală cardiacă valvulară (inclusiv valvă protetică) sau antecedente de endocardită.

Reducerea infecțiilor transmise prin sânge

Au existat multe cazuri în care virusul hepatitei B a fost transmis de la un pacient la altul prin ace de acupunctură care au fost reutilizate fără a fi sterilizate corespunzător. Un raport a evidențiat procedurile slabe de sterilizare utilizate în unele practici (Walsh 2001). Studiile epidemiologice au arătat o corelație între utilizarea acupuncturii și infecția cu hepatită în unele țări. Nu cunoaștem cazuri de infecție cu hepatită C atribuită acupuncturii, deși există posibilitatea ca pacienții să fi fost infectați, dar să rămână asimptomatici (Walsh 2001).

Utilizați întotdeauna ace de unică folosință pentru acupunctură.

În mod similar, există patru rapoarte de răspândire a HIV cu ace de acupunctură , deși toate aceste cazuri sunt mai degrabă „probabile” decât „certe” (White 2004). Varianta bolii Creutzfeldt-Jakob este puțin probabil să se transmită prin puncție acu pur și simplu pentru că locurile de infecție (ganglioni limfatici, amigdale, splina și măduva spinării) nu sunt acute. Cu toate acestea, posibilitatea îndepărtată de a transmite această boală și faptul că prionul responsabil nu este ucis prin autoclavare , este un alt argument puternic împotriva reutilizarii acelor.

Dezvoltare profesionala

Dacă ceva nu merge bine, înfruntă-l și discută sincer cu pacientul. Nimeni nu câștigă dacă evenimentele adverse sunt ascunse. Scrieți un raport științific dacă este

este serios sau nou, astfel încât colegii tăi să poată învăța din ea și să-ți modifice procedurile de practică în lumina experienței. Urmăriți literatura de specialitate pentru noile rapoarte ale evenimentelor adverse asociate cu acupunctura, astfel încât să puteți încorpora orice modificări recomandate în practica dumneavoastră.

Rezumat

Siguranța ar trebui să fie parte integrantă a practicii acupuncturii. De regulă, pacienții trebuie tratați în decubit dorsal. Sunt obligatorii acele de unică folosință de unică folosință. Pacienții care sunt lăsați relaxați într-o cameră laterală riscă să fie uitați și trebuie aranjate modalități de a evita acest lucru.

Traumele organelor trebuie evitate; vasele de sânge, inima, țesutul nervos periferic și central, pleurele și organele abdominale sunt în mod deosebit expuse riscului.

Practicienii trebuie să aibă mare grijă pentru a preveni cazurile de infecție evitabile și să se spele pe mâini înainte de tratament: cea mai strictă tehnică aseptică nu este necesară în cazurile normale. O atenție deosebită pentru evitarea infecției este recomandată la nivelul cartilajului urechii, în limfedemul după intervenții chirurgicale, edem gravitațional la nivelul piciorului, oriunde aportul de sânge este compromis și în apropierea protezelor. Pacienții care sunt imunocompromiși sau debiliți sunt, de asemenea, expuși riscului. Pacienții cu leziuni cardiace sunt expuși riscului de endocardită cu ace reziduale. Practicienii ar trebui să fie conștienți de riscul transferului de infecții transmise prin sânge și să ia măsuri pentru a evita acest lucru.

CHAPTER
14

Alte tehnici de acupunctura

Cuprins

Introducere 162
Stimulare continuă prin ace reziduale 163
Acupunctura auriculară 164
Alte tehnici de stimulare 168
Alte microsisteme de acupunctură 171
Tehnici de electrodiagnostic 171
Rezumatul 172

După ce ați citit acest capitol, ar trebui să puteți:

- descrieți cum să utilizați în siguranță ace de locuit
- descrie o abordare rațională a acupuncturii auriculare.

Introducere

Mai multe tratamente diferite au evoluat sub titlul de „acupunctură și tehnici conexe”, inclusiv metode de stimulare continuă, diferite forme de stimulare, diferite modele de tratament (microsisteme) și metode de diagnostic electric.

Faptul că o tehnică sau un echipament este promovată și vândută – sau că este inclusă în această carte – nu înseamnă neapărat că a fost validată ca abordare eficientă: majoritatea nu au făcut-o. De-a lungul istoriei acupuncturii, practicienii inovatori au dezvoltat idei noi, probabil pentru o varietate de motive, inclusiv prestigiul personal și recompensa de afaceri. Este necesar să ne reamintim în mod frecvent că o tehnică nouă și neobișnuită în mâinile unui practician angajat poate avea efecte puternice de așteptare; nu sprijinim promovarea vreunei tehnici noi ca tratament eficient până când aceasta nu a fost evaluată corespunzător.

Unul dintre scopurile noastre în includerea acestor tehnici în această carte introductivă este de a oferi o scurtă privire de ansamblu cu o atitudine neutră, sau chiar ușor sceptică , astfel încât începătorii să fie atenționați să nu cheltuiască sume mari pe aparate care oferă să vindece orice boală, dar apoi nu își respectă promisiunea.

Cu toate acestea, există două tehnici care au o anumită valoare: nevoiașii rezidenți pentru stimulare continuă și acupunctura auriculară ca formă specială de stimulare a nervilor.

Stimulare continuă prin ace reziduale

u

O tehnică tradițională în acupunctură, în special atunci când se tratează pacienții cu dureri cronice, este creșterea forței stimulării prin introducerea de ace care continuă să stimuleze punctul dintre sesiunile de tratament. În zilele noastre, cel mai obișnuit tip de ac de locuit arată ca conturul unui ac de desen („chip de degetul mare"), așa cum se arată în Planșa 9. Acestea sunt, de asemenea, denumite „știfturi", mai ales atunci când sunt utilizate în ureche. Sunt disponibile diferite dimensiuni, dar cea cu lungimea acului de 2 mm este cea mai generală utilizare. Știfturile pot fi achiziționate cu sau fără pansament adeziv. Sunt disponibile și alte metode pentru continuarea stimulării auriculei, așa cum discutăm mai jos.

De interes istoric, tehnica *umebari* din Japonia a fost un exemplu destul de notoriu de stimulare continuă: au fost introduse ace speciale, fine, apoi porțiunea de mâner a fost tăiată și locul a fost masat cu degetul pentru a introduce acul în țesuturi. Au fost lăsați acolo la nesfârșit. Aceste ace *umebari* pot fi o descoperire incidentală la examenul cu raze X mulți ani mai târziu sau pot migra în jurul corpului și pot provoca traumatisme la țesuturile îndepărtate - au fost raportate rinichi și măduva spinării. Organizațiile profesionale japoneze de acupunctură au interzis procedura în 1976.

Siguranța acelor existente

Există trei preocupări principale cu privire la siguranța acelor existente:

1. Acestea pot provoca infecții locale, în special la nivelul urechii.
2. Acestea pot provoca bacteriemie, care poate duce la endocardită la pacienții susceptibili (vezi capitolul 11).
3. Dacă acestea cad, există riscul de a transmite infecții transmise prin sânge prin rănire prin înțepătură cu ac. Mulți pacienți nu știu că sunt purtători ai virusului hepatitei B sau C și, prin urmare, orice ac pe care îl pierd reprezintă un risc semnificativ pentru sănătatea publică, care este imposibil de gestionat.

Din cauza acestor preocupări, organismul profesional din Marea Britanie (Societatea Britanică de Acupunctură Medicală) nu recomandă utilizarea acelor reziduale decât dacă acestea sunt utilizate într-un mod în care puteți fi sigur că este sigur. În primul rând, verificați dacă pacientul nu are boală valvulară sau orice alt risc crescut de bacteriemie (adică de debilitare severă sau imunitate compromisă); în al doilea rând, asigurați-vă că fie știți că pacientul nu este purtător de virusul hepatitei B sau C, fie că acele nu vor cădea. În practică, atunci:

— • curățați bine pielea înainte de a introduce acul

H • acoperiți acul cu un pansament mare și sigur, de exemplu o operație transparentă pansament (Planca 10)

• instruiți pacientul pe deplin cu privire la motivele pentru a vă asigura că acul nu este pierdut.

_i Detaliile complete și fișele de instrucțiuni sunt furnizate într-o lucrare de revizuire (Filshie et al 2005). Dispozitivele, cum ar fi mărgele și semințele, care asigură acupresie susținută, mai degrabă decât acupunctura, sunt probabil mult mai sigure (vezi mai jos), dar pot fi mai puțin eficient.

PH

Acupunctura auriculară

Acupunctura auriculară formează o subsecțiune specială a acupuncturii; teoria și practica sa, precum și măsurile de precauție necesare sunt suficient de diferite de acupunctura corporală pentru a-și justifica aici propria secțiune, dar există doar spațiu pentru a atinge o parte a întregului subiect.

Context și concepte

Un acupuncturist francez, dr. Paul Nogier, a descoperit că vindecătorii naturali locali tratau durerile cronice de spate prin cauterizarea unei anumite zone a urechii. Apoi, când într-o zi, soarele strălucea peste urechea unui pacient, aruncând umbre, el a observat că cartilajul din acea zonă consta dintr-o serie regulată de bulgări care îi aminteau de coloana vertebrală sacră. Acest lucru i-a dat ideea că ar putea exista o oarecare corelație între ureche și restul corpului. A început să examineze urechile tuturor pacienților săi, căutând o corelație între orice pete, roșeață sau sensibilitate în ureche și problema medicală a pacientului. El a derivat în cele din urmă ideea că întregul corp este reprezentat pe ureche. Această idee a fost adoptată curând de chinezi, de acupunctori din întreaga lume și chiar de Organizația Mondială a Sănătății.

Nu suntem convinși de asociere și ne aducem aminte de povestea de basm a noului costum al împăratului. Și-a ordonat croitorului său să facă costumul perfect, dar au găsit că este imposibil. În loc să recunoască, i-au oferit un set de haine invizibile, spunându-i că era făcută dintr-o pânză specială, care era invizibilă pentru oricine era prost. Împăratul, atât de conștient de imaginea lui încât să fie lipsită de bun simț, le-a crezut. Consilierii săi au spus, de asemenea, că sunt convinși de descrierile croitorilor cu privire la modelele frumoase și la țesătura complicată, deoarece erau mânați de teama de a fi etichetați ca proști dacă nu ar putea vedea hainele. Împăratul a purtat hainele (inexistente) în public , iar toată lumea a colaborat la șaradă, de teamă să nu pară prost. A fost nevoie de inocența unui băiețel pentru a anunța: „Dar nu are nimic pe el”.

În diagramele versiunii originale, corpul este reprezentat cu capul în jos, ca un făt inversat; capul corespunde cu lobul urechii iar canalul auricular cu cordonul ombilical. Nogier a localizat organele interne - plămânul, inima, stomacul etc. - în cavum concha, deoarece este de obicei inervat de ramura senzorială a nervului vag. Cu toate acestea, cu experiență suplimentară,

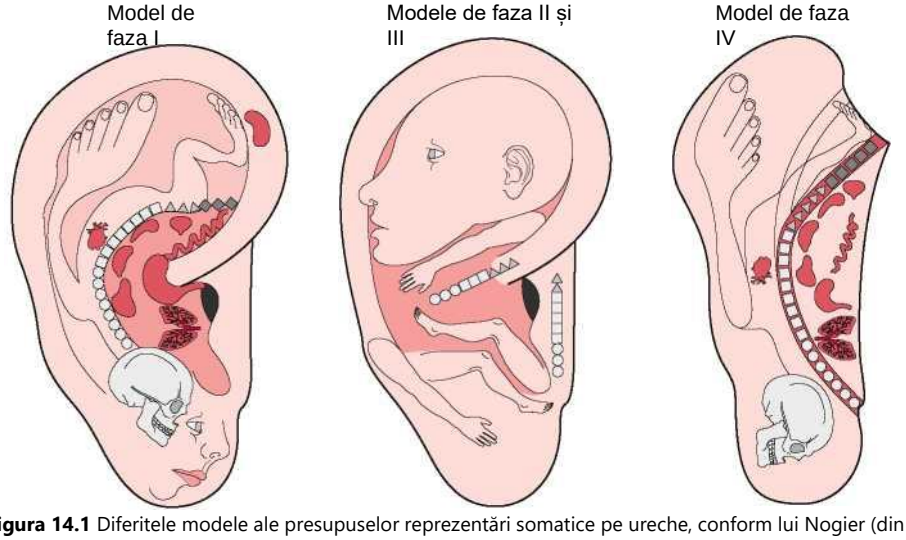


Figura 14.1 Diferitele modele ale presupuselor reprezentări somatice pe ureche, conform lui Nogier (din Auriculotherapy Manualby Terry Olson, reprodus cu permisiunea editorilor ChurchillLivingstone).

Nogier a descoperit că acest tipar nu explica întotdeauna descoperirile sale la pacienți, așa că a produs diagrame alternative - fie cu corpul drept, fie întins cu coloana în față - care puteau fi folosite la pacienții ale căror urechi nu se potriveau cu primul model; exemple ale acestor diagrame sunt prezentate în Figura 14.1 , iar cititorii își pot trage propriile concluzii despre fiabilitatea metodei.

Acupunctura auriculară medicală occidentală

Chiar dacă ideea că corpul este reprezentat pe ureche nu are o bază fiziologică și încercările de a valida reprezentarea somatotopică nu au fost convingătoare, asta nu înseamnă că acupunctura la ureche nu are nicio valoare. Experiența clinică sugerează că stimularea urechii poate produce efecte clinice utile, chiar și în cazurile care nu au răspuns la acupunctura corporală standard. Pina este bogat inervată de mai mulți nervi (prezentați în Fig. 14.2) și astfel este potențial un loc bun pentru a stimula SNC într-un mod direct, dar mai degrabă general.

Tratament

Există mai multe moduri prin care practicienii acupuncturii auriculare aleg punctele auriculare la ace: din presupusele corelații prezentate în diagramele publicate, sau pentru că sunt sensibile, sau pentru că prezintă modificări ale pielii, în special roșeață sau pentru că au o impedanță electrică scăzută. Nu putem face recomandări ferme despre niciuna dintre acestea.

Nogier obișnuia să introducă acul până la cartilaj și să-l rotească până când pacientul simțea o senzație de arsură; acest lucru nu este recomandabil din cauza riscului

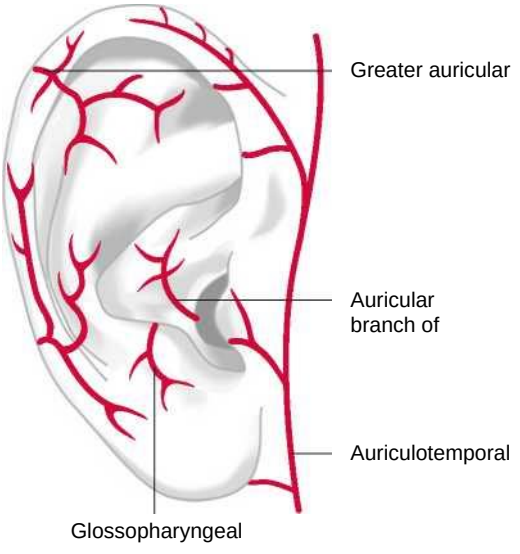


Figura 14.2 Diagrama inervației auriculare.

de leziune a cartilajului și infecție ulterioară. Orice stimulare cu acul trebuie să fie blândă. Stimularea electrică poate fi utilizată (deși nu în SUA și nu la pacienții cu epilepsie), dar curentul nu trebuie conectat dintr-o parte a capului în cealaltă.

Punerea în siguranță a urechii

Precauții speciale de siguranță pentru acupunctura auriculară includ următoarele:

- Aveți grijă deosebită pentru a evita infecția la ureche, deoarece odată prezentă poate fi dificil de tratat și poate produce deformarea cartilajului.
- Introduceți acele perpendicular și superficial, pentru a evita deteriorarea cartilajului.
- Nu utilizați ace pe loc la niciun pacient cu boală valvulară.

Abordări ale stimulării auriculare continue

Ace reziduale sau crampoane plasate în urechea externă au fost folosite fie pentru tratarea durerii cronice, fie pentru renunțarea la fumat, așa cum se discută mai jos. Un alt tip de ac a fost dezvoltat special pentru ureche, care are un capăt ghimpat pentru a ajuta la reținerea acestuia în piele; acest lucru pare inutil de traumatizant, așa că nu includem o ilustrație. Acest ac este, de asemenea, magnetic și ar trebui să fie stimulat ținând un alt magnet împotriva lui.

Nu recomandăm utilizarea vreunui ac în ureche, deoarece nu am găsit încă o metodă fiabilă de a-l menține în poziție.

Acele reziduale sunt greu de reținut în ureche în mod fiabil, ceea ce înseamnă că prezintă un risc potențial ridicat și transmitere prin sânge. Ei poartă, de asemenea

un risc ridicat de infecție locală, deoarece mențin o cale de migrare a bacteriilor sub piele și pentru că cartilajul urechii are un aport de sânge slab . Din aceste motive, se folosesc uneori dispozitive de presiune, cum ar fi semințele *de Vaccaria* (Plansa 11) și bile mici speciale din oțel inoxidabil, ținute în poziție prin lipire .
bandă sive. Din experiența noastră, chiar și acestea nu sunt complet lipsite de riscul de infecție locală. De asemenea, foarte ocazional ele devin adânc încorporate și acoperite într-un lambou de piele, ceea ce face îndepărtarea dificilă. O altă problemă este că presopunctura auriculară pare mai puțin eficientă decât acupunctura.

Tehnica NADA

O tehnică specială de acupunctură auriculară este în prezent utilizată pe scară largă în SUA și Europa pentru tratamentul dependenței de opioide și cocaină. A evoluat după ce un anestezist din Hong Kong, prof. Wen, a folosit electroacupunctura (EA) la punctele auriculare pentru analgezie chirurgicală la pacienții care se întâmplă să fie dependenți de opioide: el a observat că nu au avut simptome de retragere în perioada postoperatorie. De-a lungul timpului, terapia s-a răspândit în SUA și a devenit ceea ce este cunoscut sub numele de tehnica NADA (National Acupuncture Detoxification Association). EA peste cap nu a fost favorizată în SUA, așa că a fost folosită o tehnică manuală. Acele de acupunctură convenționale sunt plasate în cinci puncte în ambele urechi (Fig. 14.3), în timp ce pacientul stă pe scaun într-un mediu relaxant liniștit timp de până la 45 de minute, în general într-un grup cu alți dependenți. Tratamentul este oferit pe bază de drop-in, iar dependenții recuperați sunt instruiți să aplice tratamentul, menținând costurile cu personalul scăzute.

Locul acestui tratament a fost întotdeauna clar elucidat de Michael Smith, care a fost responsabil cu introducerea lui. El crede că principalul

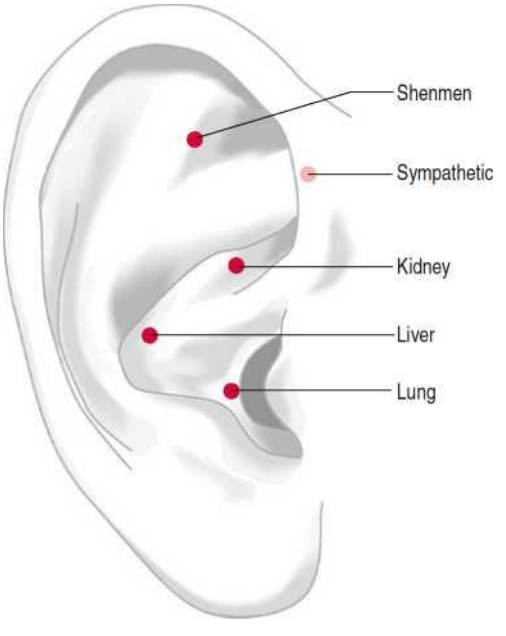


Figura 14.3 Puncte utilizate în metoda NADA de acupunctură auriculară (punctul simpatic ascuns în această vedere, pe suprafața interioară a helixului).

H

Valoarea acupuncturii auriculare în detoxifiere este de a atrage dependenții cu o terapie care îi ajută să se relaxeze. În acest fel, ei câștigă încredere în asistența medicală furnizori și au șanse mai mari să se înscrie la diferitele servicii care oferă ajutor în confruntarea cu problemele asociate dependenței lor. Smith a insistat că terapia NADA în sine nu este probabil suficientă pentru a obține abstinența , iar opinia sa a fost susținută de majoritatea dovezilor din studiile clinice.

u Renunțarea la fumat

Acupunctura auriculară a fost, de asemenea, adoptată pe scară largă pentru a ajuta fumătorii să renunțe la fumat. Punctele auriculare Lung și Shenmen (vezi Fig. 14.3) au fost utilizate în mod obișnuit și, deși dovezile sugerează că acupunctura la locul corect nu este mai bună decât acupunctura la un loc incorect, acupunctura oriunde (în ureche) este în mod clar mai bună decât a nu face nimic pentru a ajuta pacientul. Efectul nu este probabil să fie specific punctual.

Unele studii au folosit ace de locuit (stude) sau dispozitive de presopunctură, așa cum este descris mai sus. Dispozitivul este montat la data renunțării, iar fumătorii sunt instruiți să apese dispozitivul cu degetul ori de câte ori simt pofte . Există unele dovezi care sugerează că acest stimul poate afecta eliberarea de dopamină în nucleul accumbens, dar dacă acesta este adevăratul mecanism de acțiune sau dacă acupunctura este pur și simplu o distragere a atenției, nu contează cu greu dacă ajută la atingerea unui obiectiv atât de important precum renunțarea la fumat.

Alte tehnici de stimulare

Presopunctura

Presopunctura presupune stimularea corpului, de obicei la punctele de acupunctura, cu presiune din degete, coate sau dispozitive speciale. Diverse abordări diferite au apărut în China, India, Coreea și Japonia și pot avea nume specifice, de exemplu Shiatsu. În mod tradițional, tijele din lemn dur erau folosite pentru a aplica o presiune reală! Unii practicieni consideră presopunctura ca o terapie în sine, separată de acupunctură, deși folosesc adesea metode tradiționale chineze de diagnostic și tratament. Presiunea folosită este destul de considerabilă, iar pacienții se pot simți învinețiți ulterior.

Presopunctura susținută poate fi folosită pentru stimularea continuă, ca o alternativă mai sigură la acurile cu locuință, discutată mai jos. Metoda tradițională a implicat lipirea semințelor de *Vaccaria* la punctele auriculare (vezi Planșa 11). Se presupune că aceste semințe au fost alese pentru că aveau o dimensiune adecvată.

Mai recent, după ce s-a demonstrat că presopunctura PC6 poate reduce greața în special în timpul sarcinii, au fost disponibile brățări elastice speciale cu un dom de presiune (Fig. 14.4). Ele sunt, de asemenea, promovate pentru rău de mare și sunt vândute brățări similare care stimulează HT7 cu scopul de a trata insomnia, deși nu a existat nicio validare a acestei afirmații.

Figura 14.4 Fotografie a brățării disponibile în comerț concepută pentru a aplica presiune la PC6.

Moxibustie

Moxibustia este un tratament traditional folosit pentru a incalzi fie acul, fie pielea in sine (Plansa 13). Moxa este un material asemănător vatei, făcut din frunze de *Artemisia vulgaris,* care mocnește continuu, mai degrabă decât să se aprindă. Se poate furniza:

- ca „punk" liber, care este presat în jurul mânerelor acului sau rulat în *conuri mici* arse pe piele, fie direct, fie pe o felie de ghimbir
- rulat într-un *trabuc moxa* **,** al cărui capăt strălucitor este ținut aproape de punctul de acupunctură, cu sau fără acul in situ.

Nu recomandam folosirea moxa: constituie un risc semnificativ de ardere a pielii si produce un miros neplacut, atotpenetrant. Aliată tradițională în China, moxa a fost lăsată să se ardă pe piele, provocând vezicule pe toată grosimea și formarea permanentă a cicatricilor. Uneori, mai frecvent în SUA, lămpile cu infraroșu sunt folosite pentru a încălzi acul, ca un fel de versiune modernă a moxa.

Ac de flori de prun

Acele pentru flori de prun constau dintr-un număr de ace scurte ținute strâns împreună cu un mâner lung și flexibil din plastic (Planca 14). Acest tip de ac a fost folosit în trecut pentru a oferi stimulare repetată unei zone pentru a produce eritem sau sângerare, ca tratament local. Acul original de flori de prun a fost imposibil de sterilizat în mod adecvat, dar versiunile de unică folosință sunt acum disponibile.

„acupunctură" cu laser

S-a demonstrat că laserele de nivel scăzut (adică laserele sub intensitatea necesară pentru încălzirea țesutului) au efecte fiziologice, în special în promovarea vindecării ulcerelor cutanate. Lumina este absorbită direct de celule, dar nu s-a demonstrat că fasciculele laser stimulează terminațiile nervoase. Acupunctorii s-au interesat de lasere în momentul primei sperii de SIDA în anii 1980, în

sper că vor oferi un înlocuitor eficient pentru acele de acupunctură. H Un alt lucru care le-a făcut populare la acea vreme a fost reducerea semnificativă în costul lor: au devenit disponibile cristale ușoare și ieftine care produceau lumină cu o singură lungime de undă și au înlocuit în curând generatoarele laser grele originale.

Unele studii timpurii au părut să arate că terapia cu laser ar putea avea efecte sistemice și, oarecum necritic, s-a dezvoltat ideea că laserele ar putea stimula punctele de acupunctură. Există îndoieli teoretice în acest sens: laserul roșu, despre care s-a demonstrat că are efecte fiziologice, nu pătrunde în piele mai mult de câțiva milimetri, deoarece este absorbit de hemoglobină. Energia care ajunge la țesuturi poate să nu fie suficientă pentru a stimula în mod adecvat terminațiile nervoase. Laserul cu infraroșu poate pătrunde mai departe, dar nu există dovezi clare care să arate că această lungime de undă are efecte fiziologice benefice.

Există încă o dezbatere considerabilă între practicieni cu privire la doza optimă - (lungime de undă, putere și durată) a terapiei cu laser care ar trebui să fie utilizată la punctele de acupunctură. Cu toate acestea, există rapoarte persistente de studii dublu orb cu rezultate pozitive. Verdictul final asupra faptului că laserul poate fi eficient în condiții precum durerea de cap și durerea de gât este încă necunoscut. Sugerăm ca practicienii să aștepte dovezi mai definitive înainte de a utiliza laserul ca înlocuitor pentru ace.

Stimularea nervoasă electrică transcutanată

Stimularea nervoasă electrică transcutanată (TENS) este uneori inclusă în descrierile acupuncturii. Constă în aplicarea curentului electric pe corp prin tampoane de cauciuc carbonizat. Frecvența inițială folosită a fost ridicată, aproximativ 100 Hz sau mai mult și suficient de puternică pentru a produce o senzație de furnicături ușoare. Mai târziu, așa-numitul „TENS asemănător acupuncturii" a fost dezvoltat folosind frecvențe mult mai mici (aproximativ 2 Hz) la o intensitate suficient de puternică pentru a provoca contracția musculară.

În realitate, chiar și „TENS asemănător acupuncturii" este diferit de acupunctura așa cum este prezentată în această carte. TENS a fost dezvoltat din considerații teoretice, adică cunoașterea faptului că stimularea fibrelor Ap ar putea inhiba transmiterea durerii; acupunctura a fost dezvoltată prin tradiția clinică. TENS este folosit pentru a trata durerea, în timp ce acupunctura tratează și alte simptome. TENS are un efect imediat, care este pe termen scurt și trebuie repetat sau utilizat continuu; dar acupunctura pare să aibă efecte mai de durată.

Ace de aur și argint

Unii producători încă mai furnizează ace din aur sau argint, care trebuiau să „stimuleze" și, respectiv, să „secureze" energia pacientului. Cu toate acestea, această interpretare este probabil rezultatul unei traduceri greșite din chineză . Acele din aur sau argint sunt acum practic redundante, deoarece necesită autoclavare și devin rapid tocite și dureroase de introdus.

Alte microsisteme de acupunctură

În afară de acupunctura auriculară, alte câteva sisteme care au fost promovate folosesc conceptul de reprezentare somatotopică, adică corpul reprezentat undeva sub formă miniaturală, homunculus. Introducerea acelor în locul corespunzător ar trebui să aibă un efect asupra părții îndepărtate și, în unele cazuri, sistemul este folosit și pentru diagnosticare. Baza acestor microsisteme este de fapt o denaturare a conceptului original al lui Sherington despre homuncul din creier: el a demonstrat că corpul este reprezentat pe o parte a cortexului cerebral prin conexiuni neuronale distribuite somatotopic.

Noua acupunctură a scalpului Yamamoto

În Japonia, Yamamoto a dezvoltat un homunculus situat deasupra templului. Aceasta a fost o constatare întâmplătoare: folosea acupunctura pentru tratarea diferitelor deficiențe la pacienții post-AVC, a constatat că pierdea timpul așteptând ca pacienții să se dezbrace pentru acupunctura corporală și a venit la ideea de a le cere doar să-și scoată pălăria. Într-o clinică aglomerată, această manevră simplă economisește mult timp. Acupunctura scalpului a fost deja folosită pentru pacienții cu AVC în unele părți ale Chinei, implicând de obicei trecerea unui ac lung subcutanat peste zona afectată. Yamomoto a dezvoltat ideea că diferite puncte de pe scalp reprezintă diferite organe, amintind de diagramele auriculare ale lui Nogier. El a extins aplicarea NSAY (noua acupunctură a scalpului Yamamoto) la alte afecțiuni medicale, dar terapia rămâne în mare parte neevaluată.

Acupunctura coreeană de mână

Acupunctura coreeană a mâinilor s-a dezvoltat în 1971 și folosește o idee puțin diferită: în acest caz, fiecare meridian ar trebui să fie reprezentat pe mâini, inclusiv punctele numite convențional. Tratamentul mâinilor singur ar trebui să fie suficient.

Interpretare

În rezumat, pare posibil ca microsistemele să poată fi interpretate pur și simplu ca o expresie a faptului că tratamentul cu ac (aproape) oriunde poate produce efecte centrale valoroase, unele specifice și altele nespecifice. Aceste efecte se bazează pe stimularea terminațiilor nervoase, iar urechea și mâna sunt bogat inervate. Avem rezerve cu privire la conceptele de microsistem descrise aici și nu credem că pretențiile reprezentării somatotopice (adică organismul reprezentat pe o zonă limitată) au fost supuse unui control suficient în studiile controlate.

Tehnici de electrodiagnostic

Aceste tehnici sunt destul de distincte de tratamentul EA așa cum a fost descris anterior , care nu face nicio pretenție de a diagnostica pacienții.

Electroacupunctură după Voll

Voll a fost un inginer electrician care a studiat mai târziu biologia și a dat peste conceptul •p-* de puncte de acupunctură. În timp ce investighăm proprietățile lor electrice, el a dezvoltat un aparat care ar putea detecta modificări ale rezistenței pielii cu presiunea de la o sondă. Aparatul constă în esență dintr-un pod Wheatstone, dar pentru acesta sunt revendicate funcții și sensibilități suplimentare. În aparatele P achiziționate pe piața liberă, circuitele sunt sigilate cu cauciuc pentru a preveni U examinare. Aparatul EAV a stimulat multe copii și „dezvoltare ” , care adaugă funcții suplimentare și fac afirmații suplimentare. Creatorii ale aparatului susțin că poate măsura performanța electrică a punctelor de acupunctură, care pot fi utilizate pentru a detecta starea de bază a organelor individuale ale corpului. Din câte știm, singura investigație riguroasă a acestui aparat care a fost efectuată (testând cât de fiabil ar putea detecta alergiile) a fost în mod clar negativă (Lewith et al 2001).

Ryodoraku

În Japonia, în jurul anului 1950, Yosio Nakatani a pretins că a găsit o linie de electroconductivitate crescută în piele în meridiane care se referă la organele bolnave. Măsurarea tuturor punctelor, în general a punctelor terminale ale degetelor de la mâini și de la picioare, se spune că oferă un diagnostic al tulburării autonome care stau la baza stării. Stimularea electrică în acele puncte este dată cu scopul de a corecta perturbarea.

Rezumat

Este înțelept să adoptați o abordare prudentă față de tratamente noi până când acestea au fost evaluate corespunzător.

Stimularea continuă cu ace reziduale poate spori eficiența acupuncturii în durerea cronică și pot fi utilizate știfturi permanente. Tehnica japoneză *umebari* presupunea introducerea permanentă a acelor, dar acum a fost abandonată din cauza traumei provocate. Acele reziduale trebuie utilizate cu prudență, deoarece prezintă riscuri semnificative de infecție, inclusiv sepsis local, bacteriemie și răspândirea prin sânge a infecției la o altă persoană, dacă acestea cad.

Acupunctura auriculară s-a dezvoltat în Franța, iar principiul inițial a fost că corpul este reprezentat (cu susul în jos) pe auriculă. Nu există un mecanism cunoscut pentru această idee; cu toate acestea, auricula este bine inervată și probabil să fie un loc bun pentru stimularea sistemului nervos central. Tehnica NADA este utilizată pe scară largă pentru tratamentul dependenței de droguri. Stimularea continuă cu crampoane a fost utilizată pentru renunțarea la fumat, dar din cauza riscurilor de apariție a acelor în ureche, acum sunt recomandate dispozitivele de presopunctură.

Alte tehnici de stimulare înrudite cu acupunctura includ presopunctura, de exemplu brățările pentru tratarea grețurilor; moxibustie, care are o utilizare limitată într-o clinică modernă; „acupunctură” cu laser și stimularea nervoasă electrică transcutanată (TENS).

Deoarece aceste terapii nu implică acul, ele au doar o legătură periferică cu acupunctura.

Alte microsisteme includ noua acupunctură a scalpului Yamamoto (NSAY) și acupunctura coreeană a mâinilor. Două tehnici de electrodiagnostic care implică o anumită formă de măsurare electrică a punctelor de acupunctură sunt puncția electroacu după Voll (EAV) și Ryodoraku; acestea ar trebui privite ca tehnici care sunt complet distincte de electroacupunctura (EA).

CHAPTER

Ghid de tratament

15

Cuprins

Introducere	175
Rezumatul principiilor generale de tratament	176
Ghid: afecțiuni musculo-scheletice	178
Recomandări: alte afecțiuni dureroase	180
Recomandări: simptome abdominale	182
Recomandări: afecțiuni fără durere	182
Siguranța pe primul loc	183
Tratamentul de înregistrare	183

Introducere

Acest capitol nu trebuie aplicat singur, ci este destinat să fie utilizat numai în contextul abordării specifice a acupuncturii care a fost descrisă în această carte. Nu căutați aici formule de tratament: nu există tratament „standardizat”, formulă sau prescripție în puncția acu, la fel cum există o modalitate standardizată de a trata o infecție respiratorie - totul depinde de pacientul în particular și de starea sa particulară . Ați descoperit principiile acupuncturii în capitolele precedente; aici veți găsi câteva instrucțiuni care să vă îndrume în direcția corectă ; capitolul următor oferă material de referință pentru a pune aceste îndrumări în practică. Dar încă rămâne la latitudinea acupuncturistului să ia în considerare pacientul real și cazul său individual, apoi să aplice bunul simț și raționamentul clinic, pentru a planifica cel mai bun tratament posibil. Aceasta este arta medicinei și, de asemenea, a acupuncturii.

Acest capitol oferă câteva îndrumări cu privire la modul de aplicare a principiilor unor condiții comune. Se bazează, ca întotdeauna, pe alegerea mecanismului adecvat pentru caz. Cu toate acestea, uneori, cauza problemei clinice poate să nu fie clară și puteți planifica în mod deliberat să combinați mai multe mecanisme. De exemplu, ați putea alege un punct deoarece are un efect local asupra țesuturilor, precum și un efect analgezic segmentar; sau ai putea

folosiți un punct major undeva atât pentru analgezia extrasegmentară, cât și pentru efectele de reglare centrală.

Ghidurile noastre se referă în principal la durere, și în special la durerea musculo-scheletică: aceasta se datorează atât pentru că durerea este afecțiunea pentru care acupunctura este cel mai frecvent utilizată, cât și pentru că, din experiența noastră, are cel mai previzibil răspuns și mecanismele cel mai bine înțelese.

Deși abordarea noastră asupra acupuncturii se bazează pe înțelegerea actuală a mecanismelor acesteia, există încă loc pentru intuiție. De exemplu, puteți decide să plasați un ac într-un țesut muscular care se dovedește a fi sensibil, chiar dacă ar putea să nu fie ușor să legați locația direct cu imaginea clinică . Un studiu terapeutic este justificat atâta timp cât pacientul este observat îndeaproape și studiul abandonat dacă nu există niciun răspuns într-un timp rezonabil. Aceasta nu este o scuză pentru a crede că acupunctura este doar un fel de formă de artă care se bazează în întregime pe intuiție - abordarea fundamentală a pacientului ar trebui să se bazeze întotdeauna pe un argument motivat.

În cele din urmă, dacă faceți o observație clinică care este nouă sau care nu pare să se încadreze în înțelegerea actuală, sunteți încurajat să o raportați în literatura de acupunctură ca istoric de caz. Bogatul tapiserie al istoriilor individuale este un teren fertil și provocator pentru a ajuta la dezvoltarea și extinderea înțelegerii noastre despre această terapie străveche.

Rezumatul principiilor generale de tratament

Selectarea punctului

Până când ați efectuat istoricul și examinarea, probabil că veți fi ajuns la o concluzie despre cauza problemei și care dintre cele cinci abordări de care are nevoie pacientul. Tabelul 15.1 oferă exemple de tipuri

TABELUL 15.1
Exemple de condiții și locații de puncte pentru diferite abordări de tratament

Abordare	Exemplu de stare	Locația punctului
Local	Pielea locală sau altă afecțiune a țesuturilor moi	La aproximativ 25 mm de problemă și la aproximativ 20-50 mm distanță
Segmentală	Dureri articulare, alte dureri nociceptive; conditii viscerale	În același segment sau în segmente adiacente; puncte abdominale pentru afectiuni abdominale viscerale, puncte paravertebrale pentru afectiuni ale coloanei vertebrale
Extrasegmental	Durere în mai multe locuri	Puncte majore, bilateral
Reglementare centrală	Durere cu componentă afectivă mare; condiții fără durere	Puncte majore, bilateral
Punct de declanșare miofascial (MTrP)	durere MTrP	Tocmai pe MTrP

starea în care se aplică diferitele mecanisme și tipul de locație în care vă puteți gândi la alegerea punctelor de ac.

Punctele clasice pot fi alese pentru acul deoarece sunt:

- puncte de declanșare miofasciale
- puncte sensibile
- puncte de acupunctură tradiționale.

Alegeți puncte care se încadrează în mai mult de o categorie dacă este posibil și, desigur, nu vă limitați să folosiți doar puncte clasice. Cu toate acestea, alegeți doar punctele care se află în țesutul sănătos și au o aprovizionare nervoasă intactă.

Stimularea punctului

Stimularea se aplică în funcție de tipul de mecanism care urmează să fie activat , de natura pacientului și de răspunsul pacientului. Ele sunt rezumate pe scurt în Tabelul 15.2.

Creșterea dozei de tratament

Începeți cu o ușoară subdozare, dacă este ceva, apoi creșteți doza cu:

- adăugând mai multe puncte
- manipulând acele mai mult timp și de mai multe ori
- eventual reținerea acelor pentru mai mult timp (deși din observația clinică durata pare să aibă o mică diferență)
- adăugarea de electroacupunctură (EA)
- adăugarea unei alte abordări de tratament, cum ar fi ciugulirea periostală sau acupunctura auriculară.

TABELUL 15.2

Rezumatul metodelor ; de stimulare utilizată în diferite abordări de tratament

Abordare	Stimulare
Local	Acționați subcutanat și stimulați ușor
Segmentală	Stimulați manual pentru a provoca de qi și poate repetați stimularea la intervale de aproximativ 5 minute; sau folosiți electroacupunctura; timp de 10-20 de minute; sau ciugulirea periostală
Extrasegmental	Stimulați manual pentru a provoca de qi și, de preferință, repetați la intervale de aproximativ 5 minute; utilizați în mod obișnuit electroacupunctura timp de 10-30 de minute
Reglementare centrală	Stimulare manuală blândă pentru a provoca de qi , sau uneori electroacupunctură; 20-40 de minute lăsând pacientul să se relaxeze
Punctul de declanșare miofascial	Acul cu precizie pentru a obține răspunsuri locale de twitch; repetați dacă este necesar, extinzând direcția acului; sau acul superficial; electroacupunctura poate fi utilă pentru MTrP cronice

Recomandări: afecțiuni musculo-scheletice

2 Toate liniile directoare sunt date cu avertismentul obișnuit pe parcursul acestei cărți. o stan-
< dard diagnosticul medical ar trebui pus la toti pacientii inainte de a alege acu străpungere; acupunctura poate ameliora temporar simptomele bolii grave de bază și, prin urmare, poate duce la întârzierea pacienților cu tratamentul definitiv de care au nevoie.

Durere miofascială în punctul de declanșare

Când istoricul sugerează durerea punctului de declanșare miofascial (MTrP) - durere unilaterală care fluctuează, adesea fără un motiv evident - identificați zona durerii și comparați-o cu graficele din capitolul următor. Căutați prin fibrele musculare cu degetul pentru a găsi MTrP, așa cum este descris în detaliu în Capitolul 7, și cu acul așa cum este descris în Capitolul 12. De asemenea, încercați să identificați ce activități provoacă durerea și sfătuiți pacientul să modifice modul în care sunt efectuate acele exerciții sau, dacă este necesar, să le evite complet.

Osteoartrita (OA)

- Începeți cu o abordare segmentară folosind două până la patru puncte locale, inclusiv cel puțin un punct tradițional și poate un punct sensibil lângă linie articulară
- Creșteți doza utilizând mai multe puncte segmentare locale și puncte extrasegmentare - în mod ideal, alegeți punctele tradiționale care sunt sensibile și sunt situate în zona de durere referită
- Dacă găsiți MTrP active în mușchii care acționează asupra articulației, tratați-le
- Ciochirea periostală poate fi utilizată la pacienții care par mai puțin sensibili la acul sau nu simt ușor *de qi* **,** de exemplu, pe trohanterul mare pentru șoldul OA
- Nu introduceți ace în spațiul articular
- Nu vă așteptați la o ușurare completă la pacienții cu distrugere articulară gravă: există limite finite ale potențialului acupuncturii și nu înlocuiește chirurgia de înlocuire a articulațiilor în cazurile avansate.

Urmează câteva sugestii de puncte tradiționale care pot fi folosite pentru a trata articulațiile individuale (a se vedea capitolul 16 pentru locațiile punctelor):

- *încheietura mâinii* LU7
- *Baza degetului mare* LI4, TE5
- *Umăr* LI15, SI11
- *Sold* GB30, GB29; GB34 segmentar distant
- *Genunchiul* patru puncte locale inclusiv ST36, SP10, SP9; LR3 extrasegmental la distanță
- *Glezna* BL60, KI3, LR3.

spinale sau paraspinale (gât, torace, spate)

Încercați să localizați nivelul principal de origine al durerii prin istorie și palpare, și să identifice dacă se află în regiunea coloanei vertebrale sau în țesuturile paravertebrale.

Examinați pentru MTrP care se referă la durere la zonă, în special în durerea unilaterală: acestea vor fi cel mai frecvent în trapez pentru durerea de gât; romboizi pentru durerea toracică; și erector spinae, quadratus lumborum sau gluteus medius pentru durerea în regiunea lombară.

Pentru durerea coloanei vertebrale care nu se datorează MTrPs, utilizați puncte segmentare în jurul zonei durerii; în principal puncte GV, *Huatuojiaji* și BL, împreună cu puncte GB în gât și umeri.

Întăriți sau creșteți efectul prin adăugarea de puncte segmentare sau extrasegmentare îndepărtate, de exemplu BL60.

Spasmul muscular la pacienții cu dureri de spate poate fi adesea ameliorat rapid prin acționarea directă peste sau în mușchii implicați, dar acest lucru este probabil să ofere o ușurare doar temporară dacă există o afecțiune subiacentă, cum ar fi un disc prolaps.

Condiții ale țesuturilor moi

Epicondilita laterală

Luați în considerare acest lucru mai întâi ca un simptom al MTrP în mușchii extensori și, eventual, supinatori și tratați-i în mod obișnuit. Dacă nu poate fi găsit niciun MTrP sau pentru a crește doza de tratament, utilizați LI11 și adăugați LI4 sau ciugulirea periostală.

Epicondilita medială

În mod similar, căutați MTrP, dar de data aceasta aproape de originea grupului de mușchi flexori și pronator teres.

Dureri de umăr

Dacă durerea se datorează MTrP care decurg dintr-un episod în care mușchii au fost supraîncărcați, atunci acupunctura are șanse mari de a trata durerea pe deplin. Cu toate acestea, „umărul înghețat" clasic este dificil de tratat: faza dureroasă poate fi redusă în lungime, dar nu este clar dacă durata restricției în intervalul de mișcare este redusă sau nu. EA este utilizat în mod obișnuit pentru durerea cronică de umăr, iar perechile tipice de puncte ar fi LI15-LI16 și TE14-SI11.

Tenosinovita, de exemplu de Quervain

Tratați punctele sensibile locale și punctele de acupunctură, dar nu folosiți cu ac teaca ligamentară - evitați acul direct al oricărui țesut inflamat acut.

Fasciita plantara

Această afecțiune poate fi dificil de tratat cu acupunctură, dar ocazional durerea la picior se datorează unui MTrP în capul medial al gastrocnemiului: dacă da,

ar trebui să puteți reproduce plângerea de durere a pacientului apăsând peste < TrP. Pentru fasciita plantară adevărată, încercați punctele clasice locale; fascia plantară în sine este dureros la ac, iar pielea călcâiului este groasă și dură. <; Cu toate acestea, este posibil să se pună ac direct în punctul sensibil folosind a abordare medială.

7 - Ligamente și tendoane

Leziunile țesuturilor moi care se recuperează lent pot fi încurajate să se vindece prin inghițire scurtă, adesea în punctul cel mai sensibil. Este posibil ca acupunctura să producă analgezie care durează câteva ore, așa că pacientul trebuie avertizat să nu - întindă excesiv țesutul (de exemplu, făcând sport) și, prin urmare, riscă răni suplimentare.

Dureri toracice non-cardiace

Dacă durerea toracică non-cardică nu se datorează bolii gastrointestinale, fibromialgiei sau afecțiunilor locale ale coastelor, este destul de probabil să fie cauzată de MTrP. Căutați-le în mușchii pectorali, în principal pe pectoralul mare, oriunde, de la atașarea mușchilor la coastă până la joncțiunea musculotendinoasă din peretele axilar anterior. Atenție întotdeauna la plămânul subiacent - nu acționați prea adânc.

Recomandări: alte afecțiuni dureroase

Cefalee de tip tensional

Examinați gâtul și umerii pentru MTrP relevante. Acestea sunt susceptibile de a fi găsite în trapezi: aceștia și mușchii posteriori ai gâtului și mușchii suboccipitali trebuie examinați sistematic. În plus, sternomastoidele trimit durerea către regiunile temporale și ale urechii. Uneori, istoricul localizării durerii vă va permite să diagnosticați ce mușchi anume găzduiește MTrP, din diagramele din capitolul următor. Examinați gâtul în poziția șezând, dar tratați pacientul întins: rețineți că MTrP-urile din mușchii posturali ar putea să nu fie atât de ușor de găsit când este întins.

Punctele tradiționale utilizate în mod obișnuit pentru durerea de cap de tip tensional sunt GB20 și GB21.

LI4 și LR3 sunt puncte extrasegmentare utile pentru cefaleea de tip tensional și pot avea efecte regulatoare centrale care ar putea fi benefice dacă anxietatea este proeminentă.

Migrenă

Tratamentul migrenei implică găsirea și tratarea oricăror MTrP relevante în gât și umeri și GB20, GB21, ca pentru durerea de cap de tip tensional, împreună cu mai mult accent pe unele puncte majore pentru efectul lor de reglare centrală. Punctele clasice utilizate în mod obișnuit sunt LR3 în special și LI4.

Dureri faciale atipice

Acest lucru se poate datora MTrPs nediagnosticate, deci examinați mușchii masticatori și mușchii expresiei faciale cu atenție; luați în considerare și MTrP primare în trapezul superior. Poate fi necesar să consultați alte texte pentru mai multe detalii despre tiparele de trimitere a durerii ale mușchilor individuali.

Dacă nu pot fi găsite MTrP, atunci tratamentul trebuie direcționat către punctele clasice de acupunctură din față împreună cu GB20.

Fibromialgie

Unii pacienți răspund în mod clar la tratamentul cu acupunctură, așa că merită încercat. Agravările temporare cauzate de acupunctură par să fie mai frecvente în rândul pacienților cu fibromialgie decât în cazul altor afecțiuni, în special din cauza punctelor sensibile în mușchi - aceasta este o afecțiune în care practicienii ar trebui să fie atenți la tratarea punctelor sensibile (alta este sindromul durerii regionale complexe).

Cea mai înțeleaptă abordare este să folosiți inițial un tratament blând pe unele puncte majore ale mâinilor și picioarelor și, dacă este posibil, în unele puncte din apropierea simptomelor, dar numai dacă acestea nu sunt prea sensibile. Unele autorități recomandă doar 30 de secunde de tratament cu fiecare ac. Dacă acest lucru este suficient pentru a începe un răspuns, atunci acest lucru poate fi întărit lăsând treptat acele pe loc pentru mai mult timp. Cu toate acestea, dacă nu există o reacție puternică la primul tratament, cel mai bine este probabil să utilizați EA - dovezile prezente sugerează că acest lucru va fi cel mai benefic.

Pacienții cu fibromialgie au adesea una sau două zone distincte de durere miofascială, precum și durere generalizată a țesuturilor moi. Se crede că țintirea acestei dureri miofasciale poate nu numai să amelioreze durerea localizată, dar poate duce la o oarecare îmbunătățire generală a stării. Tratamentul ar trebui să fie precaut inițial, deoarece complianța va fi redusă dacă durerea după aplicarea acului este excesivă.

Claudicație intermitentă

Utilizați punctele tradiționale BL57 și punctele majore de pe picioare, precum și orice TrP din mușchii gastrocnemius și soleus și punctele segmentare la nivelul L2. Orice îmbunătățire a stării este probabil să fie prin reducerea durerii miofasciale secundare, mai degrabă decât prin îmbunătățirea circulației.

Fiți conștienți de faptul că această afecțiune tinde să se amelioreze oarecum spontan în perioada de după primul diagnostic, așa că nu fiți prea dornici să pretindeți că ați vindecat pacientul!

Dureri ale membrelor fantomă

Verificați punctele de declanșare pe ciot și tratați-le cu precauție din cauza riscului de reacție dureroasă. De asemenea, puteți utiliza puncte clasice în membrul rezidual sau brâul membrelor și puncte paravertebrale de pe aceeași parte.

Tratați punctele în oglindă de pe celălalt membru - imagini în oglindă ale punctelor din zona durerii - și luați în considerare acupunctura auriculară.

Nevralgie de trigemen sau post-herpetică

Tratați segmentul de deasupra (sau dedesubt) segmentului afectat, sau segmentul de pe partea opusă (puncte oglindă), de teama unei reacții dureroase la acţionarea segmentului afectat. Poate fi necesar să adăugați EA.

Dacă nu există niciun răspuns, atunci tratați în cadrul segmentului, dar la început doar ușor.

2 — Sindromul durerii regionale complexe și sindromul Raynaud

Deși patologia acestor două afecțiuni este clar diferită, ele pot fi abordate într-un mod similar și câțiva pacienți cu fiecare afecțiune vor răspunde.

Alegeți punctele majore locale din membrul afectat și centura membrelor, dar nu dați un tratament puternic zonelor sensibile, de teama de a nu agrava simptomele.

Adăugați acul segmentar paraspinal la segmentele relevante (vezi Fig. 16.14) pentru a influența fluxul simpatic.

Recomandări: simptome abdominale

Simptome gastrointestinale

Acupunctura va fi în principal simptomatică, îndreptată spre ameliorarea durerii și a disfuncției în afecțiuni precum sindromul colonului iritabil. Cea mai simplă și mai eficientă abordare este să pună puncte sensibile în mușchii peretelui abdominal (abord segmentar) sau puncte abdominale puternice, cum ar fi CV12 și ST25. Punctele majore ale membrului inferior, cum ar fi ST36, LR3, vor avea efecte de reglare extrasegmentare și centrale.

Simptomele vezicii urinare

Ca mai sus, treceți punctele sensibile peste peretele abdominal inferior pentru orice simptome ale vezicii urinare, cum ar fi vezica iritativă. Adăugați puncte peste sacrum (puncte BL) și câteva puncte paravertebrale lombare pentru fluxul de ieșire autonom și ridicați segmentele sacrale din membrul inferior, de exemplu SP6, ST36, LR3. Vezi, de asemenea, Tabelele 16.1 și 16.2.

Recomandări: condiții fără durere

Greaţă

Greața datorată sarcinii, intervenției chirurgicale sau chimioterapiei poate fi adesea diminuată prin tratament cu acupunctură, de obicei PC6 și eventual ST36, deși localizarea acului poate să nu fie critică. În mod ideal, începeți tratamentul înainte de apariția stării de greață. Spre deosebire de când se tratează durerea, ameliorarea greței nu pare să dureze mai mult de o zi sau cam așa ceva; pacienții trebuie fie tratați destul de des,

spuneți de trei ori pe săptămână, sau arătați cum să folosiți benzile de presopunctură, pe care ar trebui să le masați de 2 ore.

Febra fânului, rinită alergică

Punctele tipice utilizate sunt LI20, *Yintang* , *Taiyang* împreună cu LI11 și ST36.
Adăugați LI4 și LR3 dacă este necesar pentru a crește doza.

Acupunctura poate oferi o ușurare instantanee pentru febra fânului, probabil datorită unui răspuns simpatic; iar dacă se repetă săptămânal de aproximativ trei ori înainte de sezon, poate preveni atacurile cu totul.

Bufeurile la menopauză

Orice stimulare generală este probabil să producă un răspuns, de obicei LI4, SP6 și LR3. EA poate avea un anumit beneficiu față de acul manual.

Tinitus

Tinitusul poate fi ocazional un simptom al unui MTrP adânc în mușchiul maseter - un indiciu probabil este că simptomele vor fluctua și este probabil să fie unilaterale și să nu fie asociate cu pierderea auzului. Stanitul persistent și continuu a părut ocazional să răspundă la pungirea locală la SI19, GB20 etc., dar RCT-urile nu au arătat efecte specifice.

Mâncărime

Uneori, pruritul răspunde la acupunctură - ace locale care înconjoară orice leziune anume și punctele majore obișnuite pentru un efect general.

Siguranța pe primul loc

Nu vom repeta sfaturile privind practica sigură din alte capitole ale acestei cărți, ci pur și simplu le reamintim cititorilor că trebuie să se gândească constant la siguranța pacientului, precum și la eficacitatea tratamentului cu acupunctură.

Tratament de înregistrare

Înregistrările tratamentului trebuie să fie cât mai precise posibil, în limitele spațiului disponibil în notele clinice, indicând punctele utilizate, cantitatea de stimulare și durata retenției acului. Este important să știți ce ați făcut la un tratament, astfel încât să îl puteți ajusta data viitoare în funcție de răspuns - care trebuie și el consemnat cu sârguință mai ales după tratamentul inițial.

Unele simboluri standard pot fi folosite ca un fel de prescurtare, așa cum se arată în Tabelul 15.3. Punctele folosite pot fi scrise (sau o diagramă mică dacă nu este cunoscută

TABELUL 15.3
Exemple de înregistrări ale tratamentului cu acupunctură

Detalii de tratament	Înregistrare stenografică în note
Un ac introdus superficial la LIII fără stimulare, reținut timp de 5 minute	LIII SI x0-5 '
Tratamentul acestor patru puncte majore cu ace adânci a fost stimulat și reținut timp de 20 de minute	LI4, LR3 D4 xI-20 '
Acul manual moderat puternic în trei puncte, reținut pentru 20 de minute	ST36, SP9, SPI0 D3 x2-20 '
Punctul periostal puternic până la un punct timp de 10 secunde (descrieți punctul, de exemplu vârful acromionului sau desenați o diagramă mică)	PI x3 ~I0"
Electroacupunctură administrată la frecvențele specificate, timp de 30 de minute (desenul indică locația)	EA 4/80Hz-30 '

punctul) cu două cercuri deasupra pentru tratamentul bilateral, iar litera R sau L pentru tratamentul unilateral; un fel de scară, cum ar fi x0 la x3, pentru a indica cantitatea de stimulare manuală, folosind P pentru acul periostal, EA pentru electroacupunctură ; și durata reținerii acului, în minute.

CAPITOL

Diagrame de referință: puncte și inervație

16

Cuprins

Cum să localizați punctele de acupunctură 185
Puncte de acupunctură pe regiune 186
Alte tabele de referință 189

Cum să localizați punctele de acupunctură

Tipare de trimitere a durerii în punctele de declanșare miofasciale

Cereți pacientului să delimiteze zona durerii cât mai precis posibil, apoi căutați modelul pe tabelul corespunzător. Diagramele punctului de declanșare miofascial (MTrP) includ locul MTrP indicat cu un simbol cu hașura încrucișată. Cursurile lungi ale simbolului indică orientarea fibrelor musculare. Zonele umbrite în două tonuri sunt exemple de posibile modele de trimitere a durerii din TrP-urile relevante. Zonele mai întunecate indică locurile mai frecvente de durere. Pregătiți-vă acul de acupunctură astfel încât să puteți trata imediat orice punct (puncte) pe care îl găsiți.

Simțiți fibrele sub vârful degetelor, simțind banda întinsă apoi partea cea mai delicată a benzii întinse. Majoritatea mușchilor pot fi examinați prin palpație plată . Folosiți palparea cu clește pentru marginea anterioară a trapezului în umăr la indivizii subțiri, fibrele laterale ale pectoralului major în peretele axilar anterior și sternomastoidul (ușor).

Puncte de acupunctură tradiționale

Am ales un eșantion de puncte pentru această carte introductivă, deoarece acestea sunt fie:

- puncte majore pentru acupunctura extrasegmentară sau efecte de reglare centrală: LI4, TE5, PC6, LI11, ST36, SP6, KI3, BL60, LR3 sau
- util în tratarea afecțiunilor comune (articulații artritice rotunde) sau

• ilustrativ al principiilor de localizare a punctelor în altă parte (de-a lungul coloanei vertebrale) sau

• la sau aproape de punctele de declanșare miofasciale comune (de exemplu GB21).

2 cititori care doresc să învețe mai multe puncte tradiționale (în loc să le folosească degetele pentru a găsi locuri adecvate de tratat) pot căuta în textele enumerate la sfârșitul acestui capitol.

Z

Z **Repere osoase**

Punctele clasice tind să fie fie cufundări în care degetul se scufundă în mod natural (ST36), fie la vârful unei proeminențe, de exemplu un mușchi bombat H (LI4). Ele sunt adesea descrise în legătură cu o anumită cută a pielii sau cu a

reper osos - proeminența proceselor spinoase, o linie articulară, cel mai înalt punct al tuberozității femurale. Pentru cei care nu sunt familiarizați cu anatomia superficială, adăugăm câteva memorii de asistență pentru identificarea locațiilor individuale, acolo unde este cazul.

Găsiți punctul real de introducere a acului explorând cu degetul cel mai sensibil loc. Punctele de declanșare miofasciale trebuie localizate prin tehnica specială descrisă în capitolul 7.

Măsurătorile corpului

Sistemul chinezesc de măsurare proporțională este încă util pentru găsirea unor puncte. Chinezii au susținut că pacienții nu vin în dimensiuni fixe, așa că au împărțit fiecare parte a corpului într-un număr constant de unități. Ei au numit unitatea *cun* (pronunțat tsun), care uneori este denumită „inch chinezesc". De exemplu, falangea medie a degetului mijlociu este de un cun, iar pliul cotului până la pliul încheieturii este de 12 cun (Fig. 16.1). Punctele se găsesc cel mai bine prin împărțirea întregii distanțe, dar o alternativă este să numere cun de la un capăt.

În mod convenabil, degetele pot fi folosite în diferite combinații pentru a efectua măsurători (Fig. 16.2). De exemplu, un punct important, PC6 este situat la 2 cun în sus de încheietura mâinii. Deși, evident, ar trebui să fie folosită mâna proprie a pacientului, în practică este mâna examinatorului cea care este adesea folosită după o comparație rapidă cu cea a pacientului - ceea ce este în regulă pentru că punctele chiar nu trebuie să fie localizate atât de precis.

Cele mai multe puncte sunt găsite prin măsurarea de la un reper osos folosind degetele ; dar abdomenul se măsoară de obicei, cel puţin pe direcţia axială, prin folosirea diviziunilor fixe sau cun.

Puncte de acupunctură pe regiune

În figurile 16.4-16.13 , prezentăm punctele pe regiune. Sunt oferite descrieri ale punctelor, împreună cu note despre localizarea lor, acolo unde este cazul, și unele condiții pentru care sunt utilizate în mod obișnuit. De asemenea, este enumerată și inervația dermatomului (D), miotomului (M) și sclerotomului (S) unde aceste informații sunt relevante din punct de vedere clinic. Când sclerotomul punctului nu este aplicabil, de ex

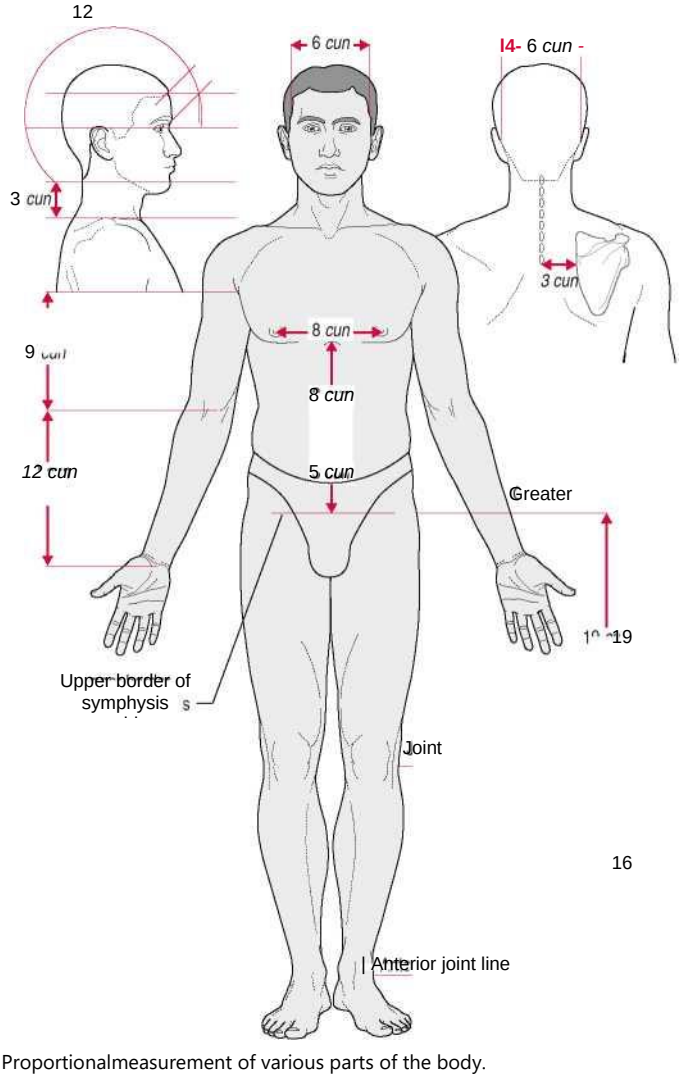


Figure 16.1 Proportionalmeasurement of various parts of the body.

deoarece periostul nu este accesibil nu este dat nici un nivel. În cazul în care un punct se referă în mod clar la un singur MTrP, mușchiul relevant este numit.

Se poate presupune că direcția acului este perpendiculară, dacă nu se specifică altfel.

Locul MTrP este indicat cu un simbol cu hașura încrucișată (mai degrabă decât X obișnuit în alte texte), astfel încât liniile lungi ale simbolului să indice orientarea fibrelor musculare (Fig. 16.3). Zonele umbrite în două tonuri sunt exemple de posibile modele de trimitere a durerii de la fiecare MTrP, zonele mai întunecate indicând locuri mai frecvente de durere.

Un semn de exclamare (!) împotriva unui punct sau a instrucțiunilor de utilizare indică un anumit risc. Niciun ac nu trebuie introdus fără a lua în considerare mai întâi dacă anatomia locală prezintă riscuri pentru tratament.

Condițiile clinice pentru care punctul este utilizat în mod obișnuit sunt enumerate (Figurile 16.4-16.13).

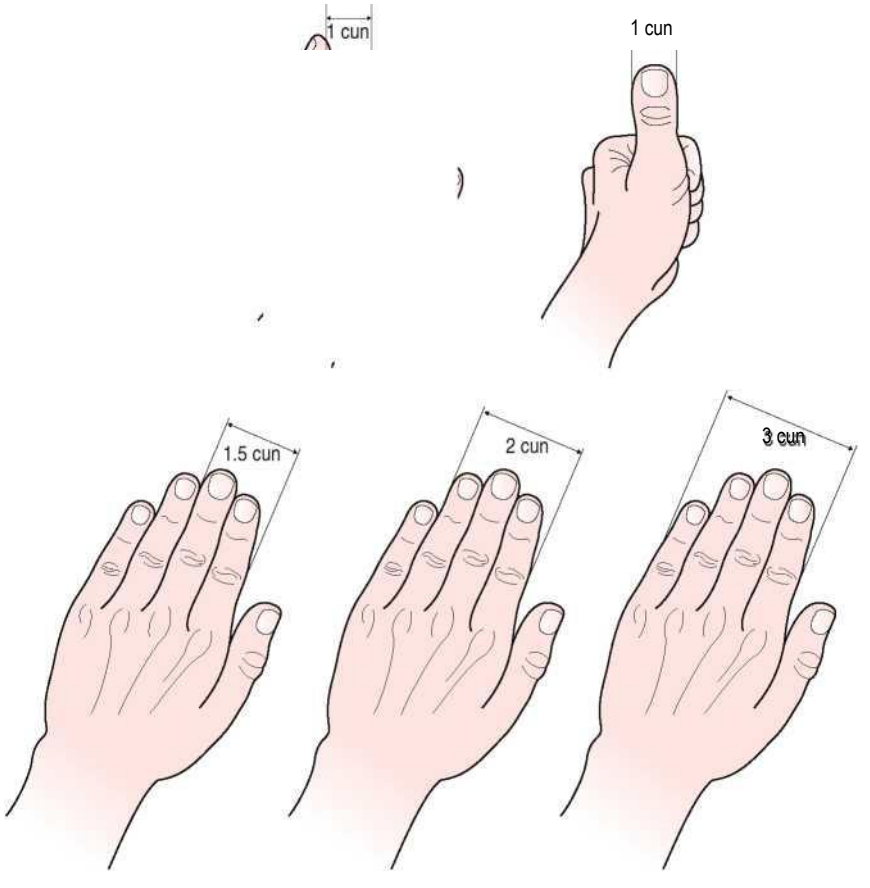


Figura 16.2 Utilizarea degetelor și a degetului mare pentru a măsura unu, doi și trei cun.

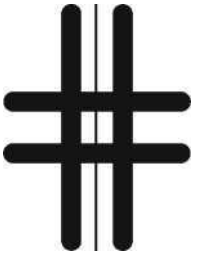


Figura 16.3 Simbolul de haşura încrucişată este folosit pentru a indica punctul de declanşare, cursele longitudinale indicând orientarea fibrelor musculare.

Alte tabele de referință

Tabelul 16.2 prezintă nivelurile segmentare ale inervației autonome a corpului.

Tabelul 16.3 prezintă nivelurile segmentare ale coloanei vertebrale și relația lor cu punctele de acupunctură.

Figura 16.14 prezintă dermatomii spatelui.

Tabelul 16.4 prezintă câteva locuri comune pentru ciugulirea periostală care sunt accesibile și în general sigure.

Observațiile clinice sugerează că punctele prezentate în tabelul 16.5 sunt probabil să fie deosebit de utile pentru efectele analgezice extrasegmentare și efectele de reglementare centrală. Apar în mod repetat în formulele pentru tratamentul unei game largi de afecțiuni, de obicei tratate bilateral.

Deoarece nu există nicio dovadă că meridianele au vreo structură sau funcție , pare că nu are rost să învețe căile lor în detaliu. Ele pot fi utile în măsura în care acționează ca *ajutoare de memorie* pentru punctele de acupunctură. Figurile 16.15 și 16.16 și tabelele 16.6 și 16.7 arată ceea ce credem că poate fi util sau relevant pentru acupuncturiștii medicali. Rețineți că prezentăm meridianele în ordinea tradițională pur și simplu prin convenție.

Lectură în continuare

Baldry PE 2005 Acupunctură, puncte de declanşare şi dureri musculo-scheletice. Elsevier Ltd, Edinburgh

Ilustrațiile şi figurile din această carte vor fi deosebit de utile acupuncturiştilor care doresc să-şi dezvolte cunoştinţele şi abilităţile în tratarea durerii miofasciale.

Campbell A 2001 Acupunctura în practică: dincolo de puncte și meridiane. Butterworth-Heinemann, Oxford

Anthony Campbell descrie o abordare raţională a tratamentului pe care a dezvoltat-o din practica tradiţională, folosind „zonele de tratament prin acupunctură". Această carte explică cum să aplicaţi această abordare pe tot corpul .

Hecker HU, Steveling A, Peuker E et al 2001 Atlasul culorilor de acupunctură. Thieme, Stuttgart

Această carte este un model de claritate pentru oricine doreşte descrieri exacte ale unei selecţii de puncte de acupunctură. Cu toate acestea, este plin de teorie tradiţională chineză! Include secţiuni despre punctele corpului, punctele auriculare şi punctele de declanşare miofasciale .

Mann F 1992 Reinventarea acupuncturii. Butterworth-Heinemann, Oxford

Felix Mann descrie abordarea sa asupra tratamentului în detaliu, care se bazează pe observaţiile şi cunoştinţele sale anatomice. El foloseşte zonele de tratament mai degrabă decât punctele tradiţionale, iar abordarea sa se bazează pe experienţa clinică, nu pe mecanisme fiziologice .

FIGURA 16.4

Figura 16.4 Cap, față și gât: puncte miofasciale și zone de referință pentru durere.

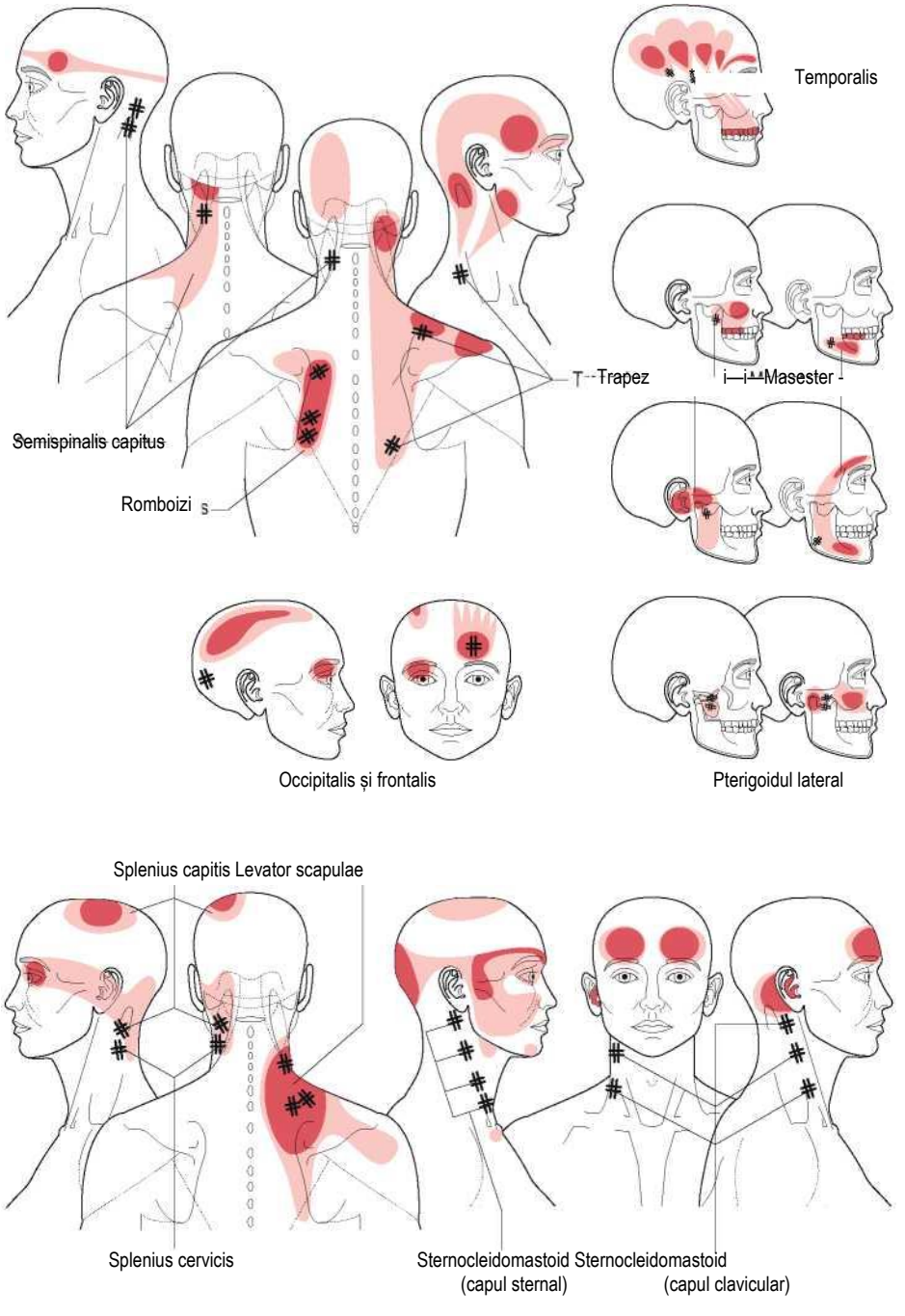
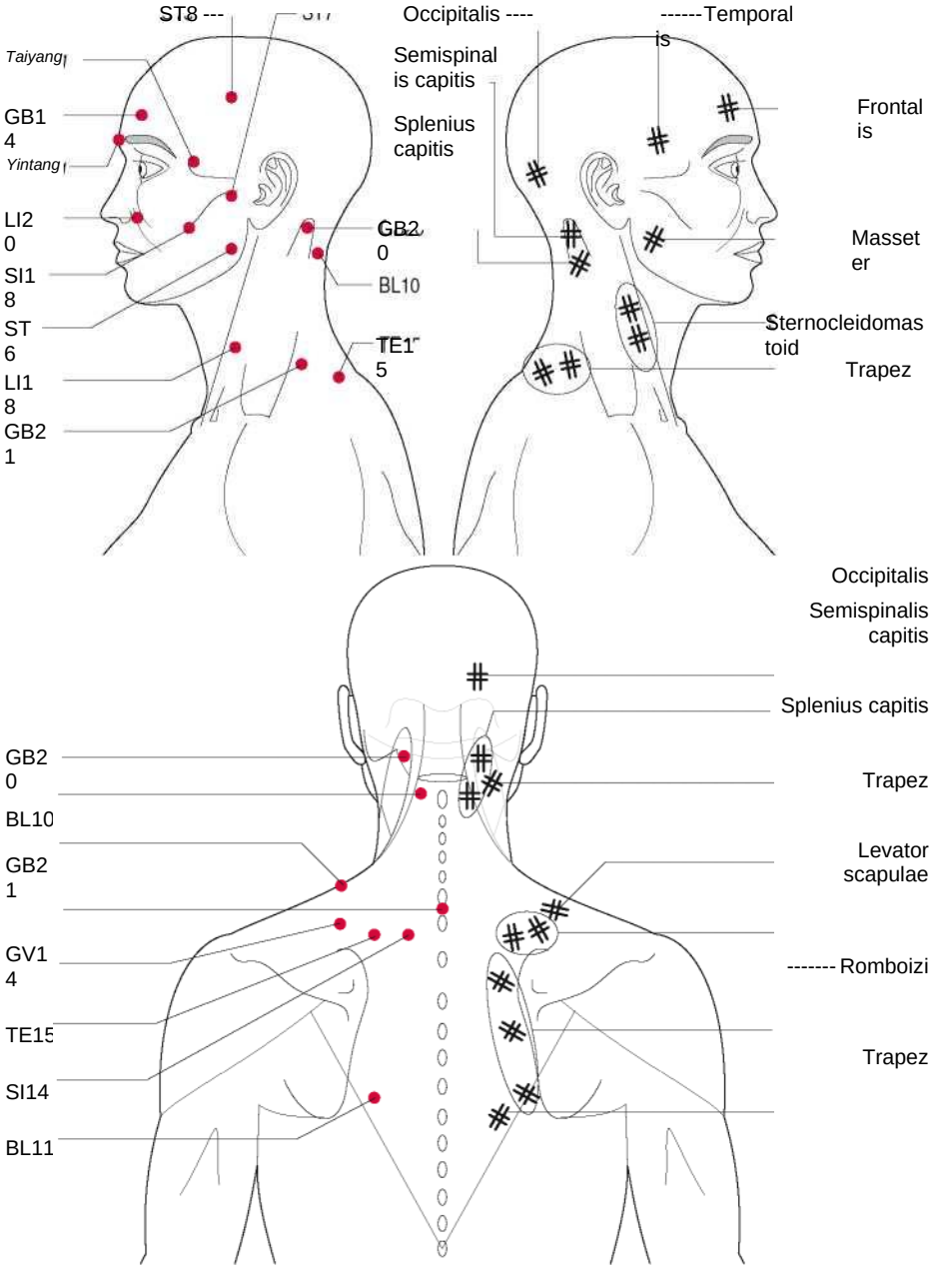


FIGURA 16.5

Figura 16.5 Cap, față și gât: puncte de acupunctură clasică și puncte de declanșare.



Tabelul 16.1.1 Cap, față și gât

Faţă		
Yintang	Punctul mijlociu dintre sprâncene **Angulație:** oblic inferioară *Dureri de cap*, *febră fânului, relaxare* **Țintă:** procer sau periost	D Vi M VII S Vi
Taiyang	1 *cun* posterior de punctul mijlociu dintre capătul lateral al sprâncenei iar cantul lateral al ochiului **Angulare: cefalee** perpendiculară , *simptome oculare* **Țintă:** temporalis	D Vii M Viii S Vii
GB14	1 *cun* deasupra mijlocului sprâncenei, direct deasupra pupilei când ochii privesc drept înainte **Angulație:** oblică inferioară *Dureri de cap*, *simptome oculare* **Țintă:** frontalis	D Vi M VII S Vi
LI20	În șanțul nazolabial, la nivel cu cea mai largă parte a ala nasi **Angulare:** superior de-a lungul șanțului *Febra fânului*, *simptome nazale* **Țintă:** mușchii faciali	D Vii M VII S Vii
ST6	1 lățime anterior și superior proeminența maseterului la unghiul maxilarului, pe **Angulatie:** perpendiculara *Dureri dentare*, *dureri faciale* **Țintă:** maseter	D C2/C3 M Viii S Viii
ST7	În depresiunea anterioară articulației temporomandibulare și sub cea arcul zigomatic **Angulatie:** perpendiculara *Dureri dentare*, *dureri faciale* **Țintă:** pterigoidian lateral	D Viii M Viii S Viii
ST8	0,5 *cun* superioară liniei superioare de origine a mușchiului temporal, direct deasupra ST7 și ST6 pe o linie verticală 0,5 cun posterior de Taiyang **Angulatie:** perpendiculara *Durere de cap* **Țintă:** țesuturi epicraniene	D Vi/Vii M Viii/VII S Vi/Vii
SI18	Direct sub canthusul lateral al ochiului în depresiunea de la marginea inferioară a osului zigomatic, chiar anterior de atașarea lui maseter **Angulatie:** usor superioara *Dureri faciale*, *nevralgie de trigemen* **Țintă:** spațiul țesutului conjunctiv	D Vii M Viii S Vii
LI18	Între capetele sternal și clavicular ale sternocleidomastoidului (SCM), la nivelul proeminenței laringiene (vârful mărului lui Adam) **Angulatie:** posterioara *Durere de la sternocleidomastoid - cefalee sau durere facială* **Țintă:** plan fascial în SCM **ATENȚIE – rețineți proximitatea arterei carotide**	D C2/C3 M XI/C2/C3 S n/a

D = dermatom, M = miotom, S = sclerotom, V = nervul trigemen, i = oftalmic, ii = maxilar, iii = diviziuni mandibulare, VII = nervul facial, XI = nervul accesoriu, n/a = nu este cazul

Abrevieri meridiane - vezi tabelele 16.6 și 16.7, pagina 218.

□i

X
u

Cap și gât

GB20	Sub osul occipital, în depresiunea dintre trapez și sternomastoid și deasupra spleniusului capitis **Angulare:** spre sprâncena **opusă țintă:** semispinalis capitis *Dureri de cap, dureri de gât și rigiditate* **ATENȚIE - notați poziția arterei vertebrale**	D C2/C3 M CI/C2 SCI/C2
BL10	1,3 *cun* lateral de procesul spinos al C2, între CI și C2 **Angulație:** spre lamina C2 **Țintă:** oblic inferior *Dureri de gât și rigiditate* **ATENȚIE - notați poziția și adâncimea măduvei spinării și a arterei vertebrale**	D C3 M C1 până la C5 S C2/C3
GB21	La jumătatea distanței dintre GV14 și vârful acromionului în cel mai înalt punct al trapezului **Angulare:** tangențială la coaste, posterior **Țintă:** trapez superior *Dureri de cap, dureri și rigiditate de gât, anxietate* **ATENȚIE – rețineți proximitatea pleurei între coasta 1 și 2**	D C3 M C3/C4 S n/a
TE15	La jumătatea distanței dintre punctele GB21 și SII3 la unghiul superior al scapulei (SII3 - depresie sensibilă superioară capătului medial al coloanei scapulare) **Angulatie:** perpendiculara **Tinta:** trapez *Dureri de umăr, dureri de gât și rigiditate* **ATENȚIE - rețineți proximitatea pleurei la pacienții slabi**	D C3 M C3/C4 S n/a
GV14	Între apofizele spinoase C7 și TI **Angulație:** transversală **Țintă:** interspinoasă ligament *Dureri cervicale, cefalee de origine cervicală*	D C4/C5/TI M C8 S C8
SI14	3 *cun* lateral la procesul spinos al TI **Angulație:** tangențială față de scapula **Țintă:** ridicator scapulae *Dureri de umăr, dureri de gât și rigiditate* **ATENȚIE - nu acționați adânc decât dacă aveți încredere în angulația față de scapula**	D C3/C4 M C3/C4/C5 S C5
BL11	I.5 *cun* lateral de marginea inferioară a apofizei spinoase a TI **Angulație:** oblică spre coloană **țintă:** romboidă mică *Dureri de gât și rigiditate, dispnee* **ATENȚIE - nu acționați adânc decât dacă aveți încredere în angularea în raport cu pleura**	D C4/T1 M C4/C5 S T1/T2
BL45	3 *cun* lateral de marginea inferioară a apofizei spinoase a T6 **Angulație:** oblică spre coloană **Țintă:** iliocostalis toracic *Dureri de spate dorsale, dispnee* **ATENȚIE - nu acționați adânc decât dacă aveți încredere în angularea în raport cu pleura**	D T5/T6 M T6/T7 S T6/T7

FIGURA 16.6

Figura 16.6 Umăr și braț: puncte miofasciale și zone de referință pentru durere.

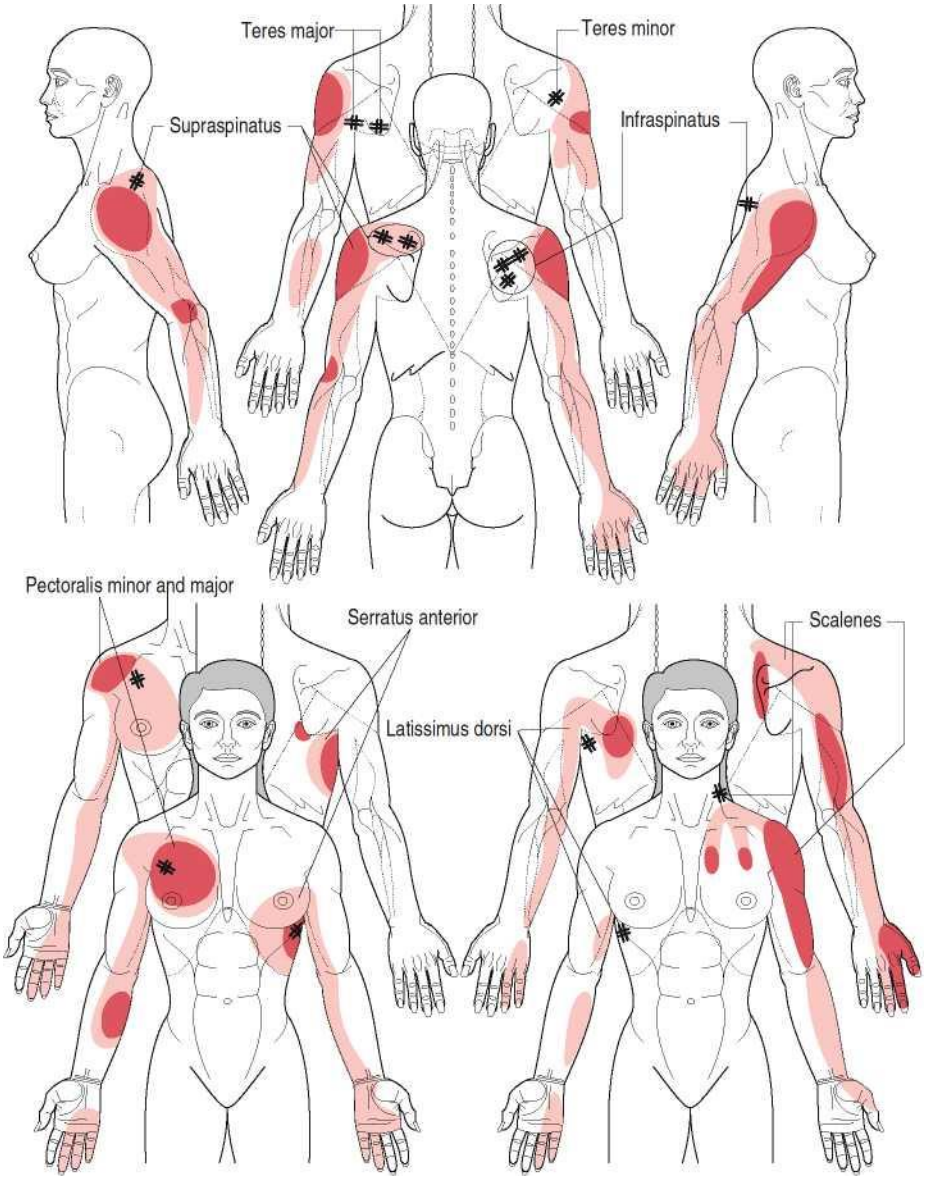


FIGURA 16.7

Figura 16.7 Umăr și braț: puncte de acupunctură clasică și puncte de declanșare.

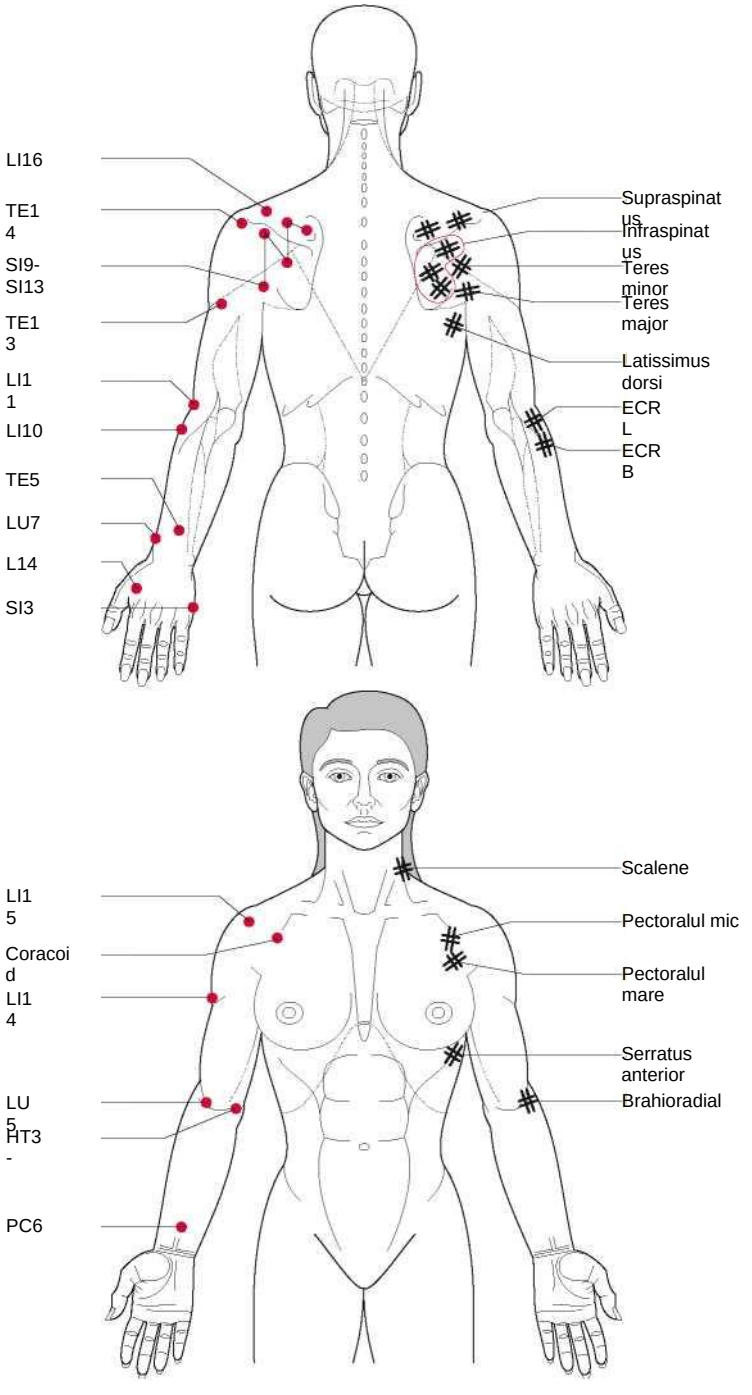


TABLE 16.1.2

Tabelul 16.1.2 Umăr și braț

Aspectul posterior

LI16 In depresia mediala de acromion si intre laterala extremitățile claviculei și ale coloanei vertebrale scapulare D C3 M C3 până la C6

Angulatie: perpendiculara **Tinta:** supraspinat S C5/C6

Dureri de umăr și braț

TE14 Posterolateral și inferior vârfului posterior al acromionului, în depresiunea dintre fibrele medii și posterioare ale deltoidului D C3/C4 M C5/C6

Angulație: perpendiculară **Țintă:** inserție infraspinoasă S C6

Dureri de umăr și braț

SI9 1 *cun* superior cutei axilare posterioare când brațul atârnă de D T3/T4 partea laterală a corpului M C5/C6/

Angulație: perpendiculară **Țintă:** teres major C7

Dureri de umăr și braț S C7

5110 În depresia de sub coloana vertebrală a scapulei, direct superioară D C3/C4 pliu axilar posterioar când brațul atârnă pe o parte laterală a corpului M C5/C6 **Angulație:** perpendiculară **Țintă:** infraspinat S C6

Dureri de umăr și braț

5111 1/3 pe o linie de la mijlocul coloanei vertebrale scapulare până la D C4/T1/T2 inferioară unghiul omoplatului M C5/C6

Angulatie: perpendiculara **Tinta:** infraspinatus S C5/C6

Dureri de umăr și braț

5112 Direct deasupra SI11 în mijlocul fosei suprascapulare, aproximativ D C3/C4

1 *cun* deasupra mijlocului marginii superioare a coloanei scapulare M C3 la C6

Angulatie: spre fosa suprascapulara **Tinta:** supraspinatus S C5

Dureri de umăr și braț

ATENȚIE - nu acționați adânc decât dacă aveți încredere în poziția față de scapula

---

5113 În depresia sensibilă superioară capătului medial al coloanei scapulare D C4/T1

Angulație: spre fosa suprascapulară **Țintă:** supraspinat M C3 până la C6

Dureri de umăr și braț S C5

ATENȚIE - nu acționați adânc decât dacă aveți încredere în poziția față de scapula

---

TE13 Pe linia care leagă olecranul și TE14, 3 *cun* distal de TE14 pe marginea posterioară a deltoidului D C5, 2 *cun* lateral de pliul axilar posterior M C6/C7/C8

Angulație: perpendiculară **Țintă:** cap lateral al tricepsului S C6/C7

Dureri de umăr și braț

ATENȚIE - se notează proximitatea nervului radial

LI11 La capătul radial al pliului antecubital, la jumătatea distanței dintre tendonul bicepsului D C5/C6 și epicondilul lateral M C5/C6

Angulatie: perpendiculara **Tinta:** extensor carpi radial lung S C6/C7

Epicondilalgie laterală, durere de antebraț; imunomodularea

LI10 2 *cun* distal de LI11, pe linia care leagă LI11 cu LI5 (centrul D C5/C6 tabaturia anatomică) M C5/C6/

Angulație: perpendiculară **Țintă:** extensor radial al carpului C7 lung sau supinator S C6/C7 *Epicondilalgie laterală, durere de antebraț*

D = dermatom, M = miotom, S = sclerotom, V = nervul trigemen, i = oftalmic, ii = maxilar, iii = diviziuni

mandibulare, VII = nervul facial, XI = nervul accesoriu, n/a = nu este cazul
Abrevieri meridiane - vezi tabelele 16.6 și 16.7, pagina 218.

Posterior aspect

TE5	On the dorsal surface of forearm, 2 *cun* proximal to wrist joint, between radius and ulna, and between extensor indicis and extensor pollicis longus **Angulation:** perpendicular **Target:** connective tissue plane *Local pain; wrist and forearm; major point for central effects*	D 06 to C8 M C7/C8 S C7/C8
LU7	On the radial aspect of the radial styloid, 1.5 *cun* from the wrist crease, between the tendons of abductor pollicis longus and brachioradialis **Angulation:** proximal oblique **Target:** connective tissue space *Wrist and forearm pain*	D 06 M C7/C8 S 06
LI4	On the dorsal aspect of the hand, in the middle of the 1st web space, halfway along the second metacarpal bone **Angulation:** perpendicular **Target:** 1st dorsal interosseous *General point for pain; major point for central effects* **CAUTION - the radial artery is at the apex of the 1st web space**	D C6/C7 M TI S n/a
SI3	On the palmar aspect of the neck of the 5th metacarpal, in the tissue plane between the metacarpal neck and the hypothenar muscles **Angulation:** perpendicular **Target:** connective tissue plane *Hand pain; also used for pain elsewhere especially spinal pain*	D C8 M TI S C8

Aspect anterior

LI15	Anterolateral și inferior vârfului anterior al acromionului, în șanțul dintre fibrele anterioare și mijlocii ale deltoidului **Angulație:** perpendiculară **Țintă:** inserție supraspinatus *Dureri de umăr și braț*	D 04 M C5 S C5
Coracoid	Anterior articulației glenohumerale, între fibrele deltoidului și pectoralului mare **Angulație:** perpendiculară **Țintă:** coracoid *Dureri de umăr și braț*	D 04 M C5/C6 S C5
LI14	Între atașarea distală a deltoidului și capul lung al bicepsului, într-o depresiune sensibilă, 3/5 din distanță pe o linie de la LI11 la LI15 **Angulație:** perpendiculară **Țintă:** planul țesutului conjunctiv *Dureri de umăr și braț*	D C5/C6 M C5/C6 S C5/C6
LU5	Pe pliul cubital al cotului, în depresiunea pe partea radială a tendonului bicepsului **Angulație:** perpendiculară **Țintă:** brahioradial *Dureri de cot sau antebraț*	D C5/C6 M C5/C6 S C5/C6
HT3	La capătul medial al pliului antecubital când cotul este complet flectat **Angulație:** perpendiculară **Țintă:** pronator teres *Epicondilalgie medială, dureri de antebraț* **ATENȚIE - se notează proximitatea arterei brahiale**	D TI M C5 la TI S 07
PC6	2 *cun* proximal de pliul distal al încheieturii mâinii, între tendoanele flexorului radial al carpului și palmarului lung **Angulație:** oblică proximală **Țintă:** flexor digitorum superficialis *Greață și vărsături, sindrom de tunel carpian* **ATENȚIE - notați poziția nervului median direct dedesubt**	D C6/C8/T1 M C7/C8 S n/a

FIGURA 16.8

Figura 16.8 Torax și abdomen: puncte miofasciale și zone de referință pentru durere.

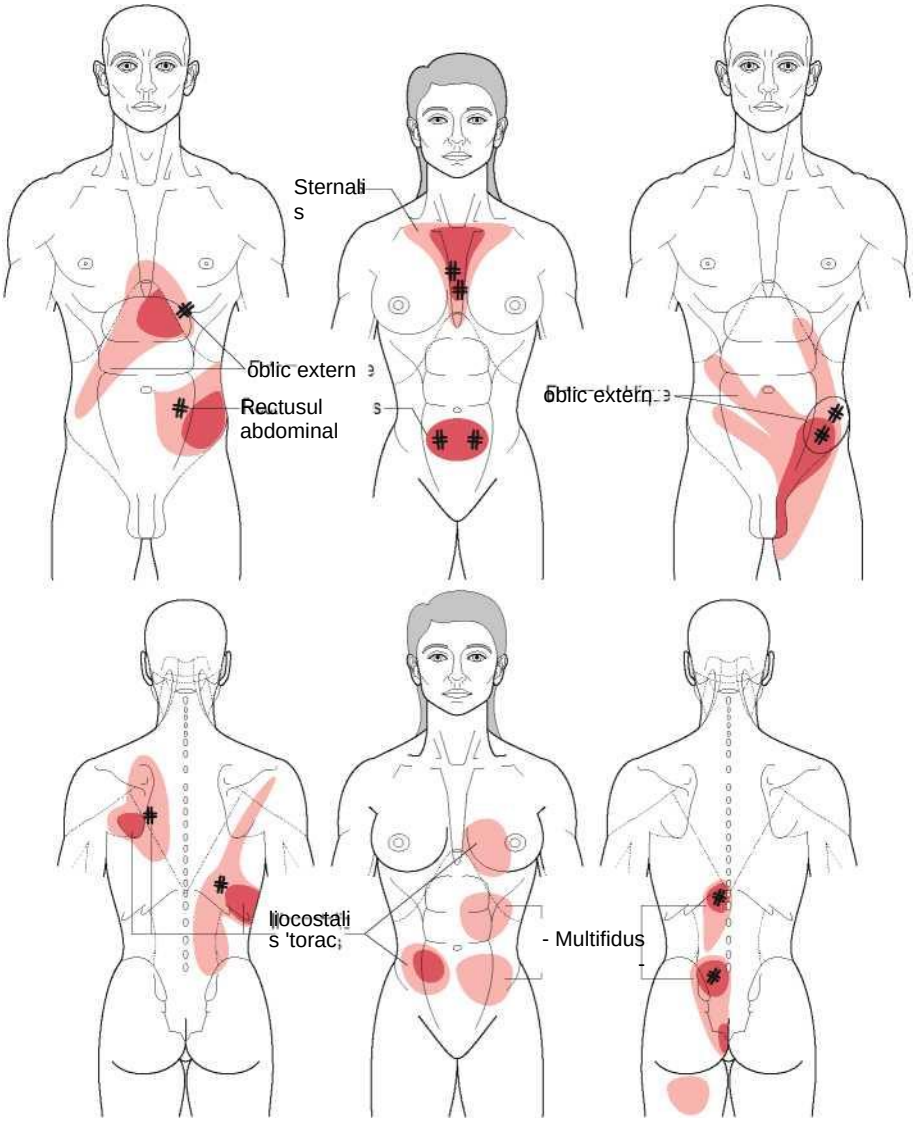
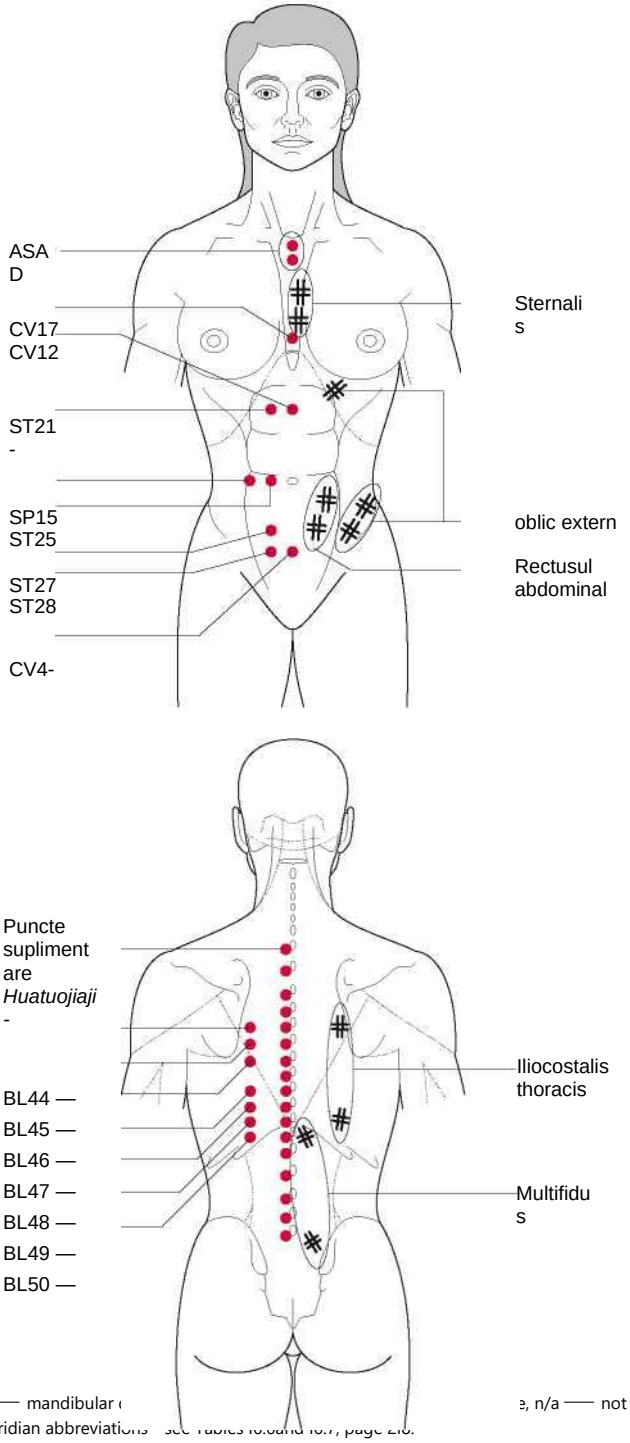


Figura 16.9 Torace, abdomen și coloană vertebrală: puncte de acupunctură clasică și puncte de declanșare.



iii —— mandibular (ə, n/a —— not applicable

Meridian abbreviations — see Tables 16.0 and 16.1, page 218.

Tabelul 16.1.3 Torace și abdomen

Aspect anterior

ASAD Două puncte pe linia mediană, chiar sub crestătura sternă deasupra manubriului D C4/T2 **Angulație:** perpendiculară **Țintă:** periostul manubriului M C5/C6
Anxietate, boală și dispnee S TI

CV17 În centrul sternului la al 4-lea spațiu intercostal (nivel cu mameloanele D T5 la bărbat) M C8, T1
Angulație: oblică **Țintă:** spațiu de țesut conjunctiv ITS
Dureri în piept; afectiuni respiratorii
ATENȚIE - Acul oblic, poate fi prezent un foramen oval

CV12 Pe linia mediană a abdomenului superior, la jumătatea distanței dintre ombilic D T8 și marginea inferioară a corpului sternului MI T8
Angulație: perpendiculară **Țintă:** linea alba S n/a
Tulburări gastro-intestinale superioare, inclusiv greață și vărsături
ATENȚIE - evitați trecerea prin peretele abdominal

CV4 Pe linia mediană a abdomenului inferior, 3 *cun* inferior ombilicului, D TII/TI2 și 2 *cun* superior simfizei pubiene M T11/T12
Angulație: perpendiculară **Țintă:** linea alba S n/a
Simptome gastrointestinale inferioare, urologice și ginecologice
ATENȚIE - evitați trecerea prin peretele abdominal

SP15 La marginea laterală a dreptului abdominal la nivelul ombilicului D T10/T11
Angulație: perpendiculară **Țintă:** linea semilunaris M TI0/T11
Dureri abdominale S n/a
ATENȚIE - evitați trecerea prin peretele abdominal

Meridianele rinichilor și stomacului sunt paralele cu CV cu puncte peste abdomen la majoritatea segmentelor - orice punct sensibil poate fi tratat

ST21 2 *cun* lateral față de CVI2 D T7/T8 M T7/T8 S n/a
Angulare: oblic medial [neclasic] **Țintă:** rectus abdominals *Dureri abdominale superioare; simptome gastroenterologice*
ATENȚIE - evitați trecerea prin peretele abdominal

ST25 2 *cun* lateral de ombilic, la jumătatea distanței dintre ombilic și linia semilunaris (SPI5) D TI0 M TI0 S n/a
Angulație: perpendiculară **Țintă:** rectus abdominal
Durere abdominală; simptome gastroenterologice
ATENȚIE - evitați trecerea prin peretele abdominal

ST27 2 *cun* lateral de linia mediană și 2 *cun* inferior ombilicului **Angulație:** oblic medial [neclasic] **Țintă:** rectus abdominale *Durere abdominală; simptome gastrointestinale inferioare, urologice și ginecologice* D TII/TI2 M TII/TI2 S n/a
ATENȚIE - evitați trecerea prin peretele abdominal

ST28 2 *cun* lateral de linia mediană și 3 *cun* inferior ombilicului **Angulație:** oblic medial [neclasic] **Țintă:** rectus abdominale *Durere abdominală; simptome gastrointestinale inferioare, urologice și ginecologice* D TI2/LI M TI2/LI S n/a
ATENȚIE - evitați trecerea prin peretele abdominal

D — dermatom, M — miotom, S — sclerotom, V — nervul trigemen, i — oftalmic, ii - maxilar,

TABLE 16.1.3 »

Aspectul posterior

Huatuojiaji *O* serie de 17 puncte suplimentare, 0,5 *cun* lateral de marginea inferioară D TI la LI a apofizelor spinoase de la T1 la L5		M TI la L5 la L5
	Angulație: oblică spre coloană **țintă: ITS** multifidus	
	Dureri ale coloanei vertebrale; acupunctura segmentara	
Linia vezicii urinare - linia mediană, pe o linie verticală care unește T9		3 cun lateral de D medial T5 cu
exterioară	a scapulei și marginea exterioară a erectorului lombar spinae	MT6toT12 S T6 până la T12 - nivelul coastei
	Angulare: oblică spre coloana **Țintă:** iliocostalis	
	Dorsal back pain, ventral pain	
	CAUTION - do not needle deeply unless confident of angulation relative to pleura	
	toracic	
	Dureri dorsale de spate, dureri ventrale	
BL44	La nivel cu marginea inferioară a T5	
BL45	La nivel cu marginea inferioară a T6	
BL46	La nivel cu marginea inferioară a T7	
BL47	La nivel cu marginea inferioară a lui T9	
BL48	La nivel cu marginea inferioară a T10	
BL49	La nivel cu marginea inferioară a T11	
BL50	La nivel cu marginea inferioară a T12	

2d
W

X
u

iii —— mandibular divisions, VII —— facial nerve, XI —— accessory nerve, n/a —— not applicable
Meridian abbreviations - see Tables I6.6and I6.7, page 2I8.

FIGURA 16.10

Figura 16.10 Spate inferioar și centura șoldului: puncte miofasciale și zone de referință pentru durere.

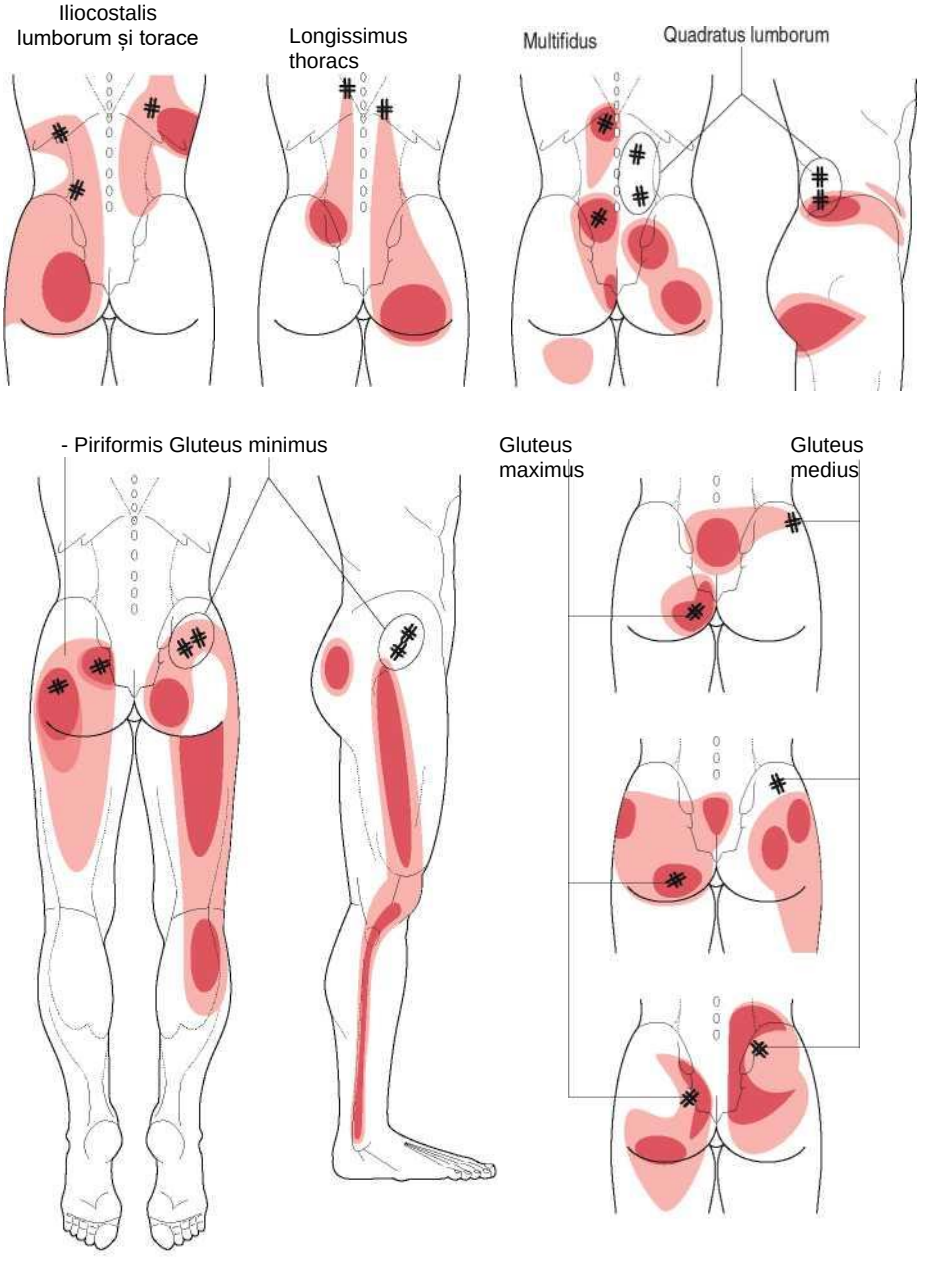
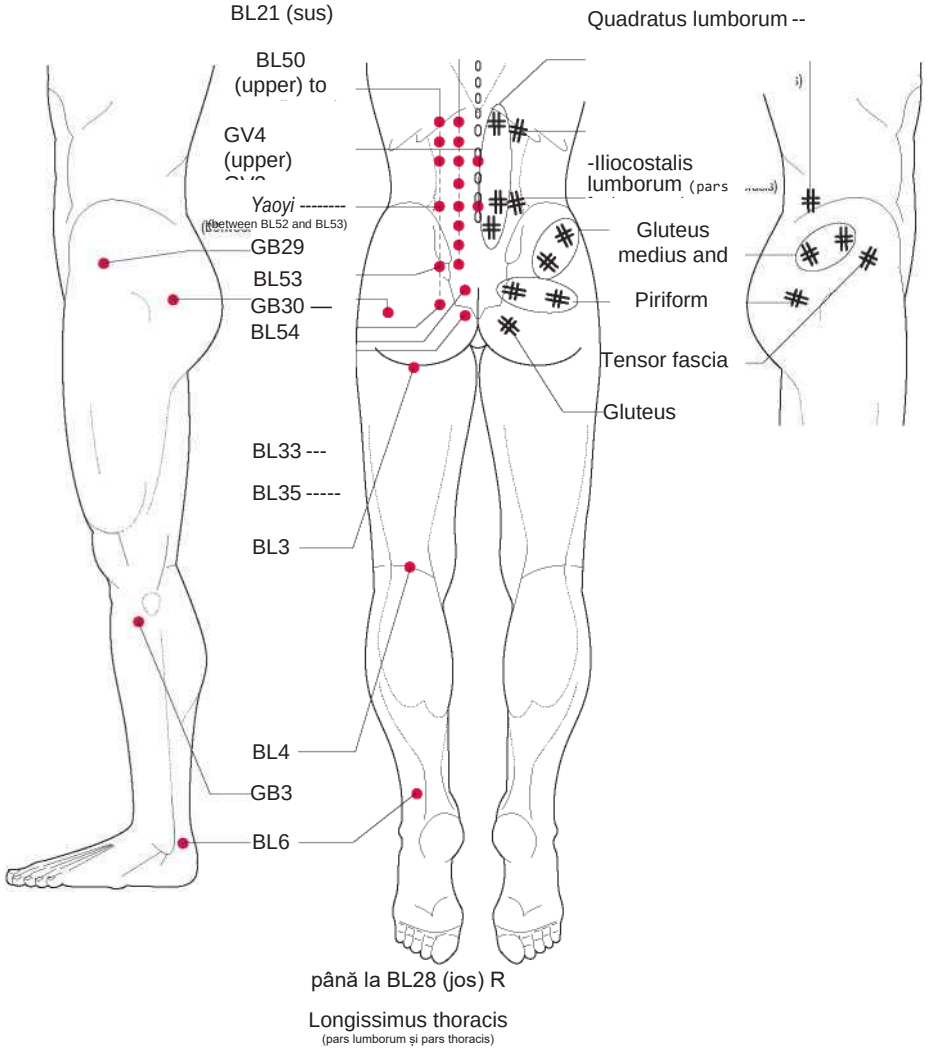


FIGURA 16.11

Figura 16.11 Spatele inferior și centura șoldului: puncte de acupunctură clasică și puncte de declanșare.



iii — mandibular divisions, VII — facial nerve, XI — accessory nerve, n/a — not applicable
Meridian abbreviations - see Tables 16.6 and 16.7, page 218.

Tabelul 16.1.4	Brâu spate și șold	
Aspect lateral		
GB29	La jumătatea distanței dintre spina iliacă anterioară superioară și trohanterul mare **Angulatie:** perpendiculara **Tinta:** tensor fascia lata *Durere la centura șoldului* **ATENȚIE - acul adânc poate pătrunde în capsula articulației șoldului**	D L2/L3 M L5/S1/S2 S L4/L5/S1
GB30	1/3 din drum de la punctul cel mai înalt al trohanterului mare până la hiatul sacral **Angulare:** spre simfiză **Țintă:** tensor fasciae latae șold , *dureri de spate, dureri de picioare, sciatică* **ATENȚIE - evitați acționarea directă a nervului sciatic**	D L2/L3 M L5/S1/S2 S L4/L5/S1
GB34	În depresiune chiar anterioară și inferioară capului fibulei **Angulație:** perpendiculară **Țintă:** peroneu lung *Dureri de picioare; punct general pentru durerile musculo-scheletice* **ATENȚIE - evitați acționarea nervului fibular comun**	D L5 M L5/S1 S L5
BL60	În depresiunea la jumătatea distanței dintre maleola laterală și tendonul lui Ahile **Angulație:** perpendiculară **Țintă:** țesut conjunctiv *Dureri de picioare, dureri de tendon lui Ahile*	D L5/S1 M L5/S1 S S1/S2
Aspectul posterior		
GV4	Între apofizele spinoase L2 și L3 **Angulatie:** transversala **Țintă:** ligamentul interspinos *Dureri ale coloanei vertebrale*	D T9/T10 M L2 S L2
GV3	Între apofizele spinoase L4 și L5 **Angulatie:** transversala **Tinta:** ligamentul interspinos *Dureri ale coloanei vertebrale*	D T11/T12 M L4 S L4
Huatuo-jiaji	O serie de 17 puncte suplimentare, 0,5 *cun* lateral de marginea inferioară a apofizelor spinoase de la T1 la L5 **Angulare:** oblică spre coloană **Țintă:** multifidus *Dureri spinale; acupunctura segmentara*	D Tl la Ll M Tl la L5 S Tl la L5
Linia BL - Interior	1,5 *cun* lateral de linia mediană, la jumătatea distanței dintre linia vezicii urinare externe și coloana vertebrală **Angulare:** oblică spre coloană **Țintă:** erector spinal *Dureri de spate*	D T9 la S2 S T12 la S2
BL21	La nivel cu marginea inferioară a T12	M T10/T11
BL22	La nivel cu marginea inferioară a L1	M T11/T12
BL23	La nivel cu marginea inferioară a L2	M T12/L1
BL24	La nivel cu marginea inferioară a L3	M L1/L2
BL25	La nivel cu marginea inferioară a L4	M L2/L3
BL26	La nivel cu marginea inferioară a L5	M L3/L4

D - dermatom, M - miotom, S - sclerotom, V —— nervul trigemen, i —— oftalmic, ii - maxilar,

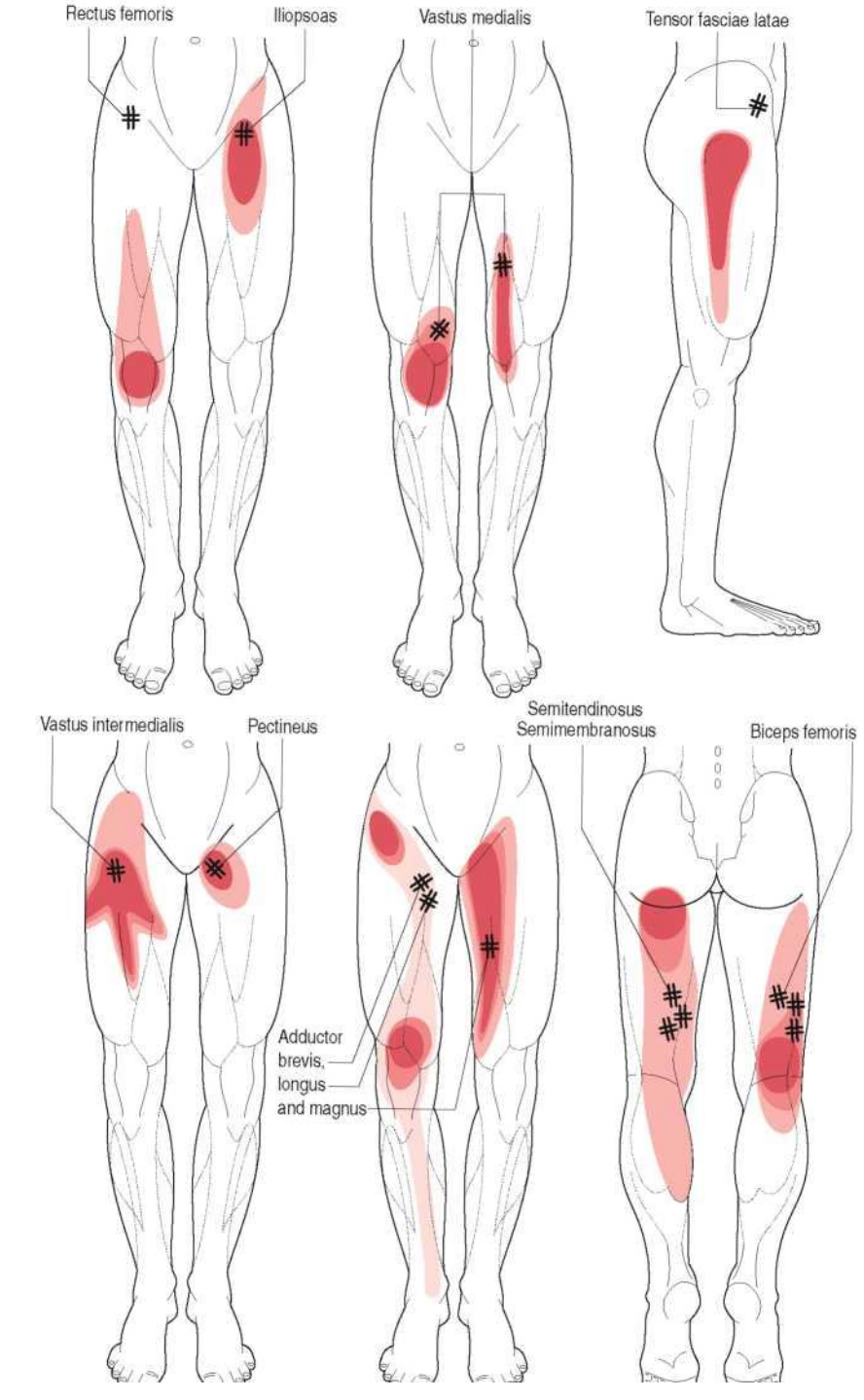
Aspectul posterior

BL27	La nivel cu foramenul posterior SI sau cu aspectul superior al coloanei iliace posterioare superioare **Angulație:** perpendiculară **Țintă:** erector spinae sau multifidus	M L4 S SI
BL28	La nivel cu foramenul posterior S2 sau cu aspectul inferior al coloanei iliace posterioare superioare **Angulație:** perpendiculară **Țintă:** erector spinae sau multifidus	M L5 S S2
BL33	Peste foramenul posterior S3 **Angulație:** perpendiculară **Țintă:** foramen posterior S3 *Durere locală; tulburări ale organelor pelvine, de exemplu instabilitatea detrusorului*	D S2/S3 M L5 S S3
BL35	0,5 *cun* lateral de vârful coccisului **Angulatie:** perpendiculara **Tinta:** ligament sacrotuberos *Coccidinia*	D S3/S4 M L5/S1/S2 S S4/ coccigiană
BL36	În pliul fesier transvers, într-o depresiune între mușchii ischio-coardei **Angulație:** perpendiculară **Țintă:** atașarea ischio-jambierului *Durere locală, durere a ischio-covilei, sciatică*	D S2/S3 M L5/S1/S2 S L5
BL40	Pe pliul popliteu la jumătatea distanței dintre tendoanele bicepsului femural și semitendinos **Angulatie:** perpendiculara **Tinta:** tesut conjunctiv *Durere locala, sciatica*	D S1/S2 M S1/S2 S n/a
Linia BL - Exterior	3 *cun* lateral de linia mediană, pe o linie verticală care unește marginea medială a scapulei și marginea exterioară a coloanei erectore lombare **Angulație:** oblică spre coloana vertebrală, dacă nu este specificat altfel mai jos *Dureri de spate*	D T9 la S2 S n/a în mare parte
BL50	La nivel cu marginea inferioară a T12	M TI0/TII
BL51	La nivel cu marginea inferioară a L1	M TII/TI2
BL52	La nivel cu marginea inferioară a L2	M TI2/LI
Yaoyi	La nivel cu marginea inferioară a L4	M L2/L3
BL53	La nivel cu foramenul posterior S2 sau cu aspectul inferior al coloanei iliace posterioare superioare **Angulație:** perpendiculară **Țintă:** gluteus medius *Dureri de șold, dureri de spate*	D L2/S3 M L4 la S2 S L5
BL54	La nivel cu foramenul posterior S4 în crestătura sciatică **Angulație:** perpendiculară **Țintă:** piriform *Dureri de șold, dureri de spate, dureri de picioare, sciatică* **ATENȚIE - evitați acționarea nervului sciatic**	D S2/S3 M L5 la S2 S S2/S3
BL60	La nivelul celei mai proeminente părți a maleolei laterale, la jumătatea distanței dintre aceasta și tendonul lui Ahile **Angulație:** perpendiculară **Țintă:** spațiul țesutului conjunctiv spre KI3 *Afecțiuni dureroase, în special ale coloanei vertebrale, punct îndepărtat în sciatică*	D L5/S1 M L5/S1 S n/a

iii — mandibular divisions, VII — facial nerve, XI — accessory nerve, n/a — not applicable
Meridian abbreviations - see Tables 16.6 and 16.7, page 218.

FIGURE 16.12

Figure 16.12 Lower limb: myofascial trigger points and pain reference zones.



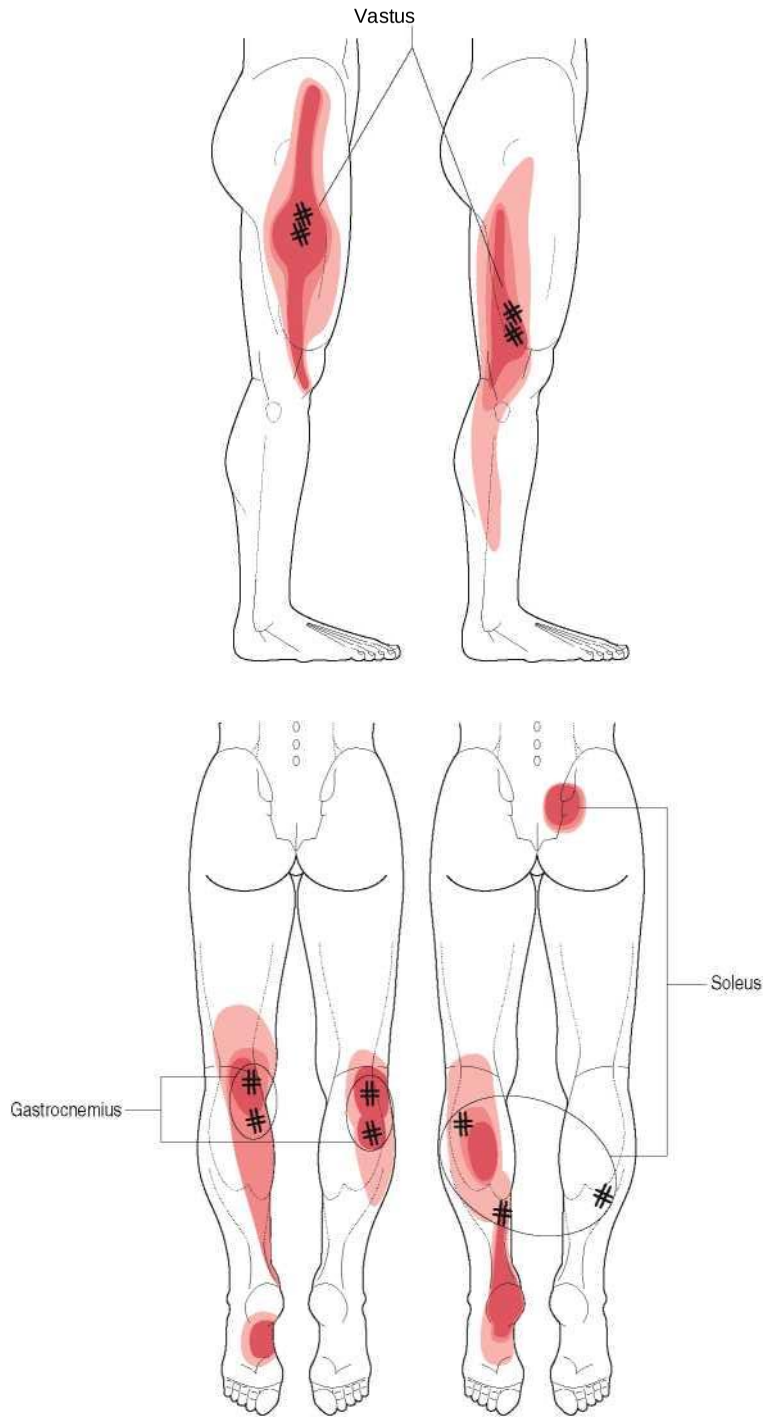
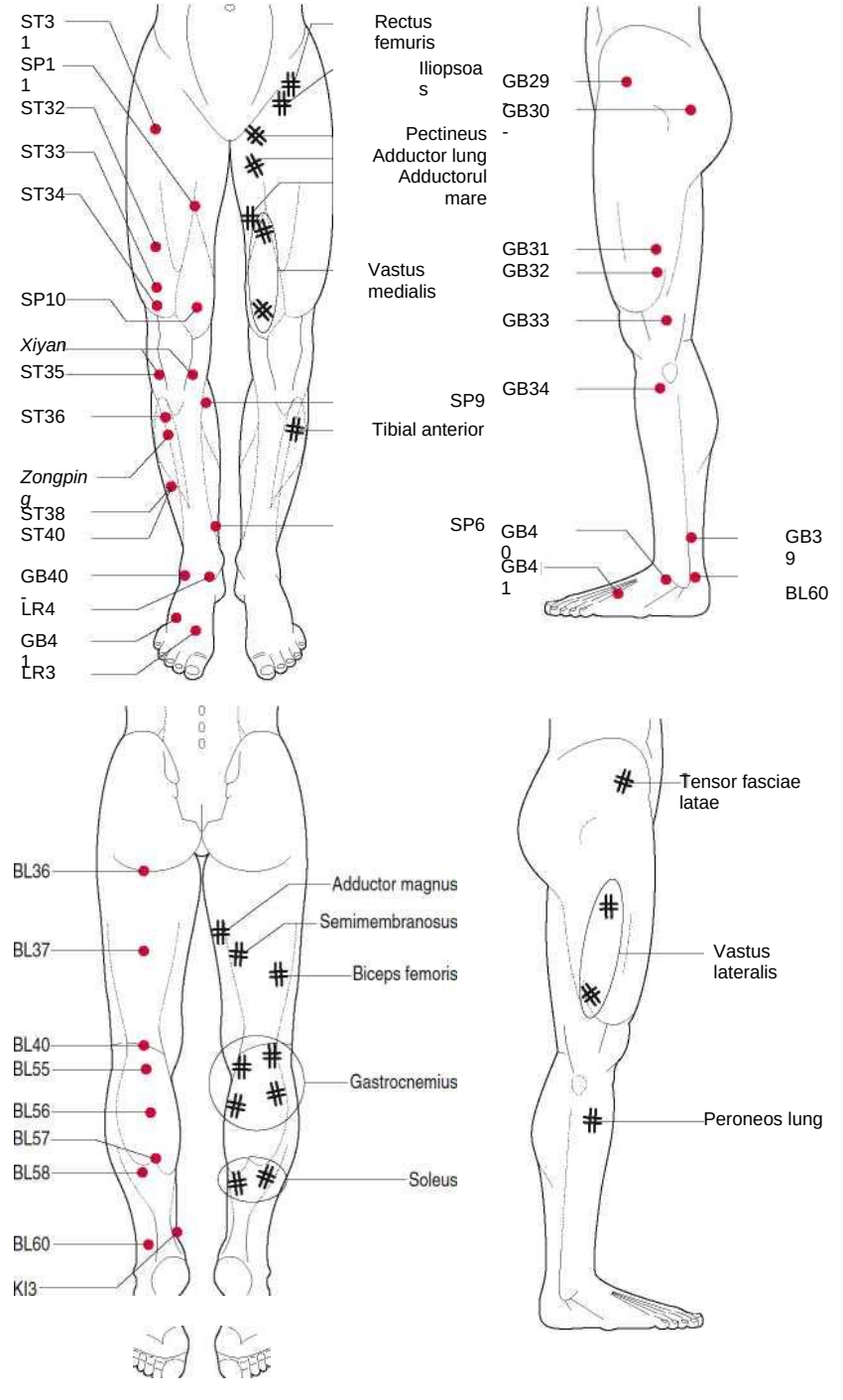

Vastus
Gastrocnemius
Soleus

FIGURA 16.13

Figura 16.13 Membru inferior: puncte de acupunctură clasică și puncte de declanșare.



Coapsă și picior inferior: aspect anterior

ST31 Într-o depresiune chiar laterală de sartoriu, la joncțiunea unei linii verticale D L2 prin coloana iliacă anterosuperioară și a unei linii orizontale la nivelul M L2/L3/L4 a marginii inferioare a simfizei pubiene S L3/L4
Angulatie: perpendiculara **Tinta:** rectul femural
Durere la coapsă, durere anterioară a genunchiului (rectus femoris)

ST32 6 *cun* superior marginii laterale superioare a rotulei pe o linie pe care D L2. unește marginea laterală a rotulei cu coloana iliacă anterioară superioară M L3/L4 **Angulație:** perpendiculară **Țintă:** vastul lateral S L3
Durere la coapsă

ST33 3 *cun* superior marginii laterale superioare a rotulei pe o linie care D L2/L3 unește marginea laterală a rotulei cu coloana iliacă anterioară superioară M L3/L4 **Angulație:** perpendiculară **Țintă:** vastus lateral S L3
Dureri de coapsă și genunchi

ST34 2 *cun* superior marginii laterale superioare a rotulei pe o linie care D L2/L3 unește marginea laterală a rotulei cu coloana iliacă anterioară superioară M L3/L4 **Angulație:** perpendiculară **Țintă:** vastus lateral S L3
Dureri de genunchi

ST35 În golul de pe aspectul lateral al tendonului rotulei direct peste D L3/L4/L5 linia articulară M L3/L4
Angulatia: spre rotula **Tinta:** capsula genunchiului S L3/L4/L5
tendon [neclasic]
Dureri de genunchi
ATENȚIE - evitați introducerea cu ac în articulația genunchiului

Xiyan În golurile de pe ambele părți ale tendonului rotulei direct peste linia articulară D L3/L4/L5 M L3/L4
Angulatia: spre rotula **Tinta:** capsula genunchiului S L3/L4/L5
tendon [neclasic]
Dureri de genunchi
ATENȚIE - evitați introducerea cu ac în articulația genunchiului

ST36 3 *cun* inferior articulației genunchiului, 1 lățime lateral de marginea inferioară D L4/L5 a tuberozității tibiei, în mijlocul treimii superioare a M L4/L5 tibial anterior S L4/L5
Angulație: perpendiculară **Țintă:** tibial anterior
Dureri de genunchi, probleme abdominale, punct major pentru efecte centrale

Zongping 1 *cun* inferior ST36 D L4/L5
Angulatie: perpendiculara **Tinta:** tibial anterior M L4/L5
Folosit cu ST36 pentru EA - punct major pentru efectele centrale S L4/L5

ST40 Pe aspectul anterolateral al piciorului inferior, la jumătatea distanței dintre linia articulației tibiofemurale D L5 și maleola laterală, 2 lățime laterale M L5/S1 până la creasta anterioară a tibiei S L5/S1
Angulație: perpendiculară **Țintă:** extensor lung al halucelui
Durere locală; o varietate de indicații tradiționale
ATENȚIE - evitați acul până la adâncimea arterei tibiale anterioare

D = dermatom, M = miotom, S = sclerotom, V = nervul trigemen, i = oftalmic, ii = maxilar, iii = diviziuni mandibulare, VII = nervul facial, XI = nervul accesoriu, n/a = nu este cazul
Abrevieri meridiane - vezi tabelele 16.6 și 16.7, pagina 218.

continued

TABLE 16.1.5 continued

Table 16.1.5 Lower limb

Thigh and lower leg: anterior aspect		
SP11	6 *cun* superior to SPI0, on a line connecting SP10 with SP12 **Angulation:** perpendicular **Target:** vastus medialis *Thigh and knee pain (vastus medialis)* **CAUTION - note the position of the femoral artery**	D L3 M L2/L3/L4 S L3
SP10	2 cun proximal to the superiomedial border of the patella, in the centre of vastus medialis **Angulation:** perpendicular **Target:** vastus medialis Knee *pain (vastus medialis)*	D L3 M L2/L3/L4 S L3
SP9	In a depression inferior to the medial condyle of the tibia and posterior to the medial border of the tibia, at the same level as GB34 **Angulation:** perpendicular **Target:** connective tissue space Knee *pain, gynaecological and urological problems*	D L3 M L2/L3/L4 S L3
SP6	3 *cun* superior to the most prominent part of the medial malleolus, on the medial border of the tibia **Angulation:** perpendicular **Target:** flexor digitorum longus *Gynaecological problems; major point for central effects*	D L4/S1/S2 M S1/S2 S L4/L5
LR4	Anterior to the medial malleolus, in the depression just medial to the tendon of tibialis anterior **Angulation:** perpendicular **Target:** connective tissue space *Ankle pain* **CAUTION - avoid needling into the ankle joint**	D L4/L5 M L4/L5 S L4/L5
LR3	On the dorsum of the foot, in the 1st metatarsal space, in a depression distal to the junction of the bases of the 1st and 2nd metatarsals **Angulation:** perpendicular **Target:** 1st dorsal interosseous *Local pain; headache; abdominal problems; major point for central effects* **CAUTION - the dorsalis pedis artery is at the apex of the 1st metatarsal space**	D L4/L5 M S2/S3 S L5/S1
Coapsă și picior inferior: aspect lateral		
GB29	Pe partea laterală a șoldului, la jumătatea distanței dintre spina iliacă antero-superioară și trohanterul mare **Angulație:** perpendiculară **Țintă:** tensor fasciae latae sau glutei *Durere la centura șoldului* **ATENȚIE - acul adânc poate pătrunde în capsula articulației șoldului**	D L2 M L4/L5/S1 S L3/L4/L5
GB30	1/3 din drumul până la hiatusul sacral din partea cea mai proeminentă a trohanterului mare **Angulație:** perpendiculară **Țintă:** piriform lateral *Dureri de spate, dureri de șold, sciatică* **ATENȚIE - evitați acționarea nervului sciatic**	D L2/L3/S2 M L5/S1/S2 S L4/L5/S1
GB31	7 *cun* deasupra pliului popliteu în brazda palpabilă chiar în spatele tractului iliotibial **Angulație:** perpendiculară **Țintă:** vast lateral sau intermediar *Dureri de coapsă și genunchi*	D L2 M L3/L4 S L3

D — dermatom, M — miotom, S — sclerotom, V — nervul trigemen, i — oftalmic, ii — maxilar, iii — diviziuni mandibulare, VII — nervul facial, XI — nervul accesoriu, n/a — nu este cazul
Abrevieri meridiane - vezi tabelele 16.6 și 16.7, pagina 218.

Coapsă și picior inferior: aspect lateral

GB32

D L2
M L3/L4
S L3

În brazda palpabilă chiar posterior de tractul iliotibial, 2 cun sub GB32
Angulație: perpendiculară **Țintă:** vast lateral sau intermediar
Dureri de coapsă și genunchi

GB33

D L2/L3/S2
M L4 la S2
S L3/L4

Pe aspectul lateral al genunchiului 3 cun superior GB34, într-o depresiune între femur și tendonul bicepsului femural **Angulație:** perpendiculară **Țintă:** spațiu de țesut conjunctiv
Dureri de genunchi
ATENȚIE - dacă genunchiul este flectat acest punct este aproape de marginea articulației posterioare

GB34

D L5
M L5/S1
S L5

In depresiune aproximativ 1 cun anterior si inferior capului fibulei
Angulație: perpendiculară **Țintă:** peroneus lung
Dureri de genunchi
ATENȚIE - evitați acul profund, deoarece artera tibială anterioară și nervul fibular comun sunt adânci până în acest punct

GB39

D L5/S1
M L5/S1
S L5/S1

3 cun superior de maleola laterală, între diafisul fibular și tendonul peronerului lung (utilizați presiunea digitală pentru a forma un șanț între tendon și fibular)
Angulație: perpendiculară **Țintă:** peroneus brevis
Durere inferioară a piciorului și gleznei
ATENȚIE - evitați mișcarea forțată a gleznei atunci când un ac este plasat în acest punct

GB40

D L5/S1
M L5/S1
S S1/S2

În depresiunea anterioară și inferioară a maleolei laterale **Angulație:** perpendiculară **Țintă:** spațiul țesutului conjunctiv
Dureri de glezne
ATENȚIE - evitați introducerea cu ac în articulația gleznei

GB41

D L5/S1
M S1/S2
S S2

În depresia distală de joncțiunea metatarsianelor 4 și 5, lateral de tendonul extensorului lung al degetelor care trece până la degetul 5.
Angulație: perpendiculară **Țintă:** a IV-a dorsală interosoasă
Durere la nivelul antepiciorului

a continuat

TABELUL 16.1.5 continuei

Tabelul 16.1.5 Coapsă și picior inferior

Coapsă și picior inferior - aspect posterior

BL35 0,5 *cun* lateral de vârful coccisului — D S3/S4
Angulatie: perpendiculara **Tinta:** ligament sacrotuberos — ML5/S1/S2
Coccydinia — S S4/coccigiană

BL36 În pliul fesier transvers, într-o depresiune între ischio-coarda D mușchii S2/S3 — M L5/S1/S2
Angulație: perpendiculară **Țintă:** atașament ischio-jambier S L5
Durere locală, durere ischio-coarbe, sciatică

BL40 Pe pliul popliteu la jumătatea distanței dintre tendoanele bicepsului femural D S1/S2 și semitendinos, în spațiul de țesut conjunctiv dintre capetele gastrocnemiului M S1/S2 — S n/a
Angulație: perpendiculară **Țintă:** spațiul țesutului conjunctiv
Durere locală, sciatică
ATENȚIE - rețineți că artera popliteă și nervul tibial sunt adânci până în acest punct

BL55 2 *cun* inferior BL40, pe linia care leagă BL40 și BL57, între D S1/S2 cele două capete de gastrocnemiu — M S1/S2
Angulație: perpendiculară **Țintă:** plan fascial — S n/a
Dureri de gambe

BL56 În planul fascial dintre capetele gastrocnemiului, 5 *cun* sub D S1/S2 BL40, la jumătatea distanței dintre BL55 și BL57 — M S1/S2
Angulație: perpendiculară **Țintă:** plan fascial — S n/a
Dureri de gambe

BL57 În depresia formată sub burtica mușchiului gastrocnemian D S1/S2 când mușchiul este flectat, la jumătatea distanței dintre BL40 și BL60 — M S1/S2
Angulatie: perpendiculara **Tinta:** musculotendinoasa joncțiune — S n/a
Dureri de gambe

BL58 7 *cun* direct superior față de BL60, lateral și aproximativ 1 *cun* inferior D L5/S1/S2 până la BL57, la joncțiunea musculotendinoasă a capului lateral al gastrocnemius — M S1/S2
Angulatie: perpendiculara **Tinta:** musculotendinoasa joncțiune — S n/a
Dureri de gambe

BL60 La nivelul celei mai proeminente părți a maleolei laterale, la jumătatea distanței D L5/S1 între aceasta și tendonul lui Ahile — M L5/S1
Angulație: perpendiculară pe KI3 **Țintă:** spațiu de țesut conjunctiv S n/a *Afecțiuni dureroase, în special ale coloanei vertebrale, punct îndepărtat în sciatică*

KI3 La nivelul celei mai proeminente părți a maleolei mediale, la jumătatea distanței D L4/S2 între aceasta și tendonul lui Ahile — MI S2
Angulație: perpendiculară pe BL60 **Țintă:** spațiu de țesut conjunctiv S n/a *Probleme de gleznă; probleme urogenitale; punct major pentru efectele centrale*

D = dermatom, M = miotom, S = sclerotom, V = nervul trigemen, i = oftalmic, ii = maxilar, iii = diviziunile mandibulare, VII = nervul facial, XI = nervul accesoriu, n/a = nu se aplică
Abrevieri meridiane - vezi tabelele 16.6 și 16.7, pagina 218.

TABLE 16.2

Segmentallevels of the autonomic innervation of the body

Part or organ of body	Sympathetic	Parasympathetic
Head and neck	TI to T5	Four cranial nerves
Upper limb	T2 to T9	nil
Lower limb	T10to L2	nil
Heart	TI to T5	9
Lung and bronchi	T2 to T4	
Oesophagus (caudal part)	T5 to T6	
Stomach	T6 to TI0	vagus
Small intestine	T9 to TI0	
Large intestine: to splenic flexure	TII to LI	>
Large intestine: splenic flexure to rectum	LI to L2	S2 to S4
Liver and gall bladder	T7 to T9	vagus
Testis and ovary	TI0 to TII	nil
Urinary bladder	TII to L2	S2 to S4
Uterus	TI2 to LI	S2 to S4

TABELUL 16.3

Nivelurile spinalsegmentare și relația lor cu punctele de acupunctură

Regiune	Nivel	Dermatomul	Miotom	Sclerotomul [0]
toracic	I	GV14	LI4, SI3	
	2 la 8	vezi Figura I6.I4	*Huatuojiaji* la fiecare nivel	
	9	GV4		
	I0	GV4, BL23, ST25	ST25	
	II	BL23, BL25, GV3, CV4	CV4	
	I2	BL25, GV3, CV4	BL23, CV4	
Lombar	I		BL23	
	2		BL23, BL25, GV4, SPI0	BL23, GV4
	3	SP9, L3	BL25, SPI0	SP9
	4	ST36, SP6, SP9, KI3, LR3	BL25, ST36, SPI0	BL25, ST36, SP6, SP9, KI3, GV3

continued

TABELUL 16.3 continuare

Nivelurile spinalsegmentare și relația lor cu punctele de acupunctură au continuat

Regiune	Nivel	Dermatomul	Miotom	Sclerotom [0]
	5	ST36, LR3	ST36, BL54(49)	ST36, LR3
Sacral	1	SP6, BL40(54)	SP6, SP9, KI3	LR3
	2	SP6, KI3, BL40(54)	SP6, SP9, KI3, LR3	KI3
	3	BL54(49)		
	4			

[a] Punctele sclerotomale includ procesul spinos la fiecare nivel vertebral; și promontorii osoase în apropierea punctului clasic dat în acest tabel, de exemplu pentru KI3, maleola medială.

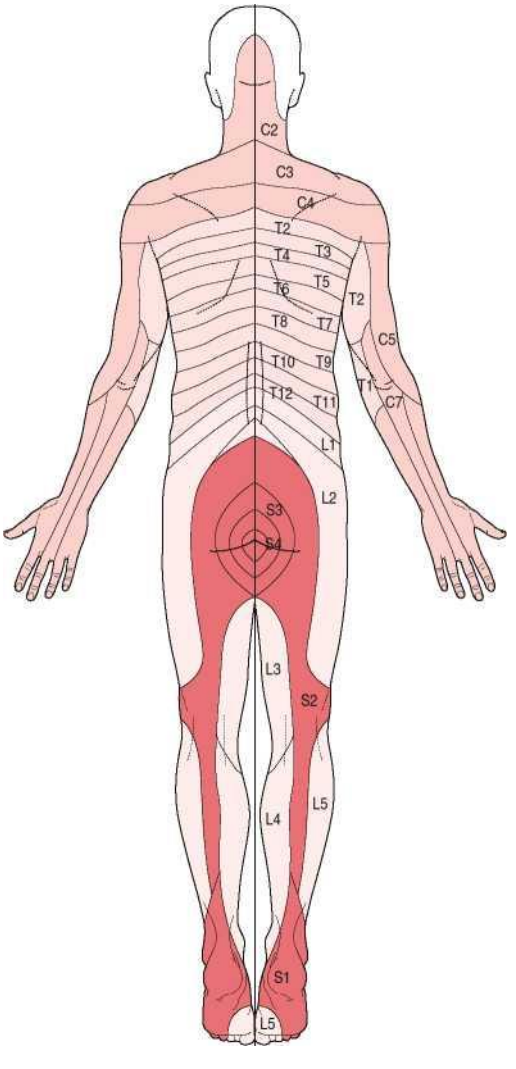


Figura 16.14 Dermatomul spatelui (reprodus din Grey's Anatomy online, cu permisiunea lui Elsevier).

TABELUL 16.4

Inervarea unor situsuri utilizate pentru ciugulirea periostală

Locul țintă pentru acul	Sclerotom
Occiput	CI
Acromion	C4
Coloana vertebrală a scapulei	C4, C5
Tubercul mai mare al humerusului	C5
Epicondil lateral	C6, C7
Procesul spinos	Nivelul segmentului de deasupra (procesele tind să se încline în jos)
creasta iliacă	L2
Trohanter mai mare	L5
Aspectul medial al platoului tibial	L3, L4

TABELUL 16.5

Lista punctelor tradiționale considerate în mod obișnuit ca puncte „mare”.

Limb	Puncte majore
Braţ	LIII LI4 TE5 PC6
Picior	ST36 SP6 LR3 KI3

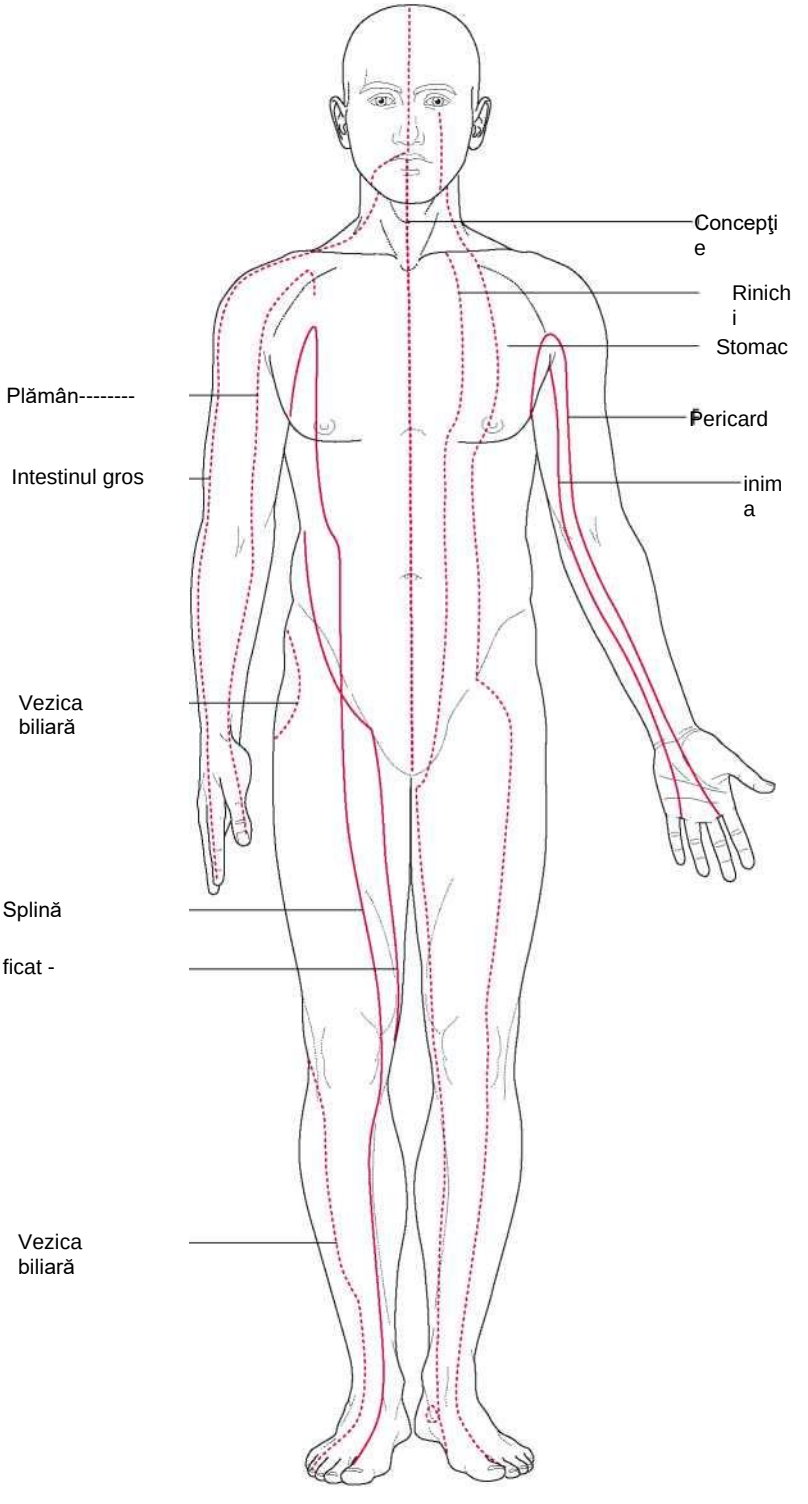


Figure 16.15 Anterior view of traditionalmeridians. Note that the GallBladder (GB) meridian is on the lateral surface and sections appear in each diagram.

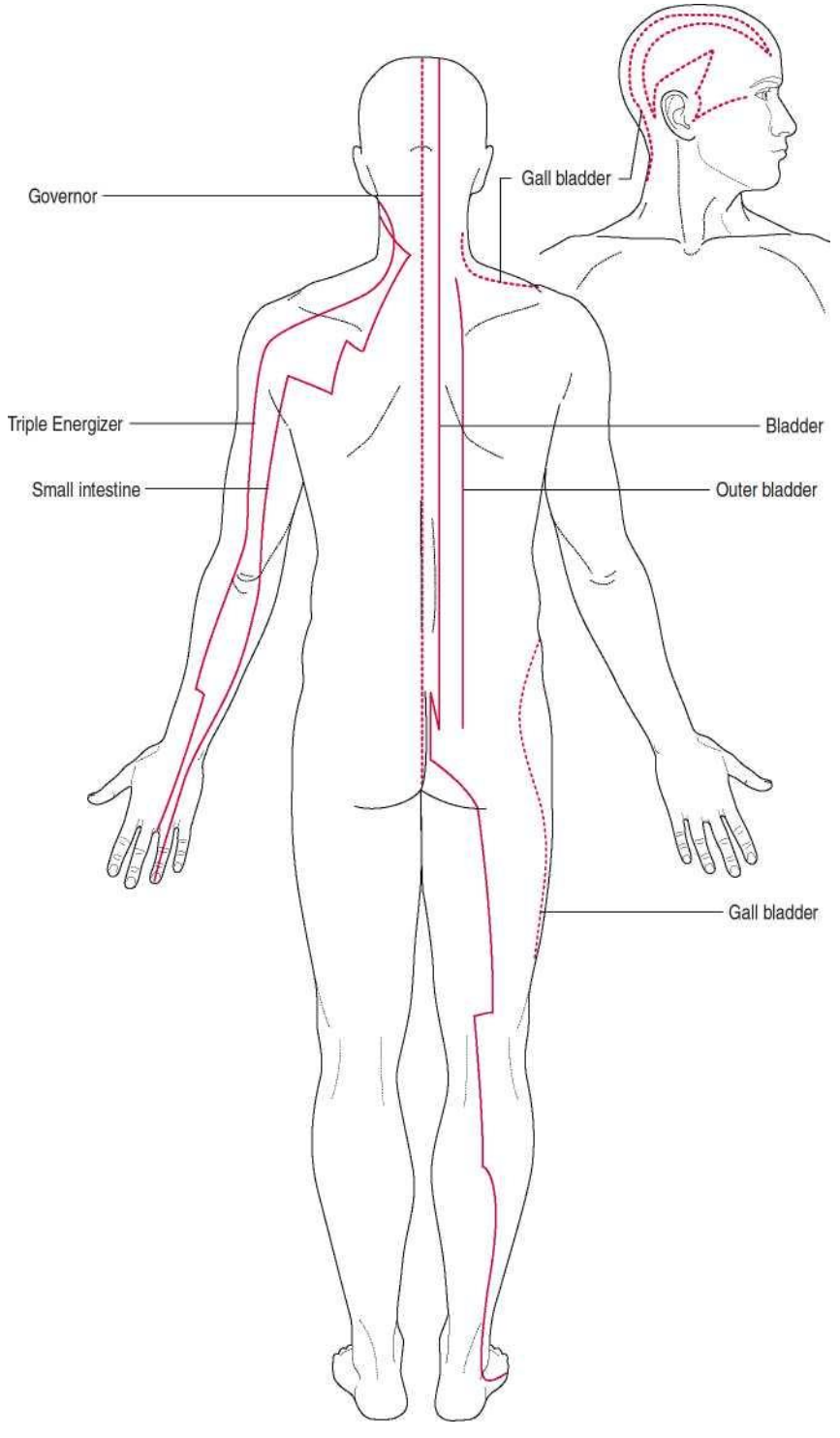


Figure 16.16 Posterior view of traditionalmeridians. Note that the GallBladder (GB) meridian is on the lateral surface and sections appear in each diagram.

TABELUL 16.6

Meridianele de pe suprafața anterioară a corpului, relevanța lor pentru acupunctura medicală și abrevieri alternative

Meridian name and (abbreviation)	Significance of the meridian in medical acupuncture	Alternative abbreviations in other texts'[3]
Lting (LU)	Little relevance	L, P
Pericardium (PC)	Relevant only in PC6	HC, Pe
Heart (HT)	Little relevance	C, He
Stomach (ST)	Useful on the abdomen and again around the knee	E, M
Spleen (SP)	Only relevant at points at the ankle and knee	LP, RP
Kidney (KI)	Little relevance, occasionally the abdomen points are useful	K, R, Rn
Liver (LR)	Relevant only at LR3	Liv, H, Lv
Conception vessel (CV)	Midline points that are relevant in both thorax and abdomen	Co, J, REN, VC

[a] Some abbreviations derive from names with Latin or French origin.

TABELUL 16.7

Meridianele de pe suprafața posterioară a corpului, relevanța lor pentru acupunctura medicală și abrevieri alternative

Numele meridianului și (abrevierea)	Semnificația meridianului în acupunctura medicală	Abrevieri alternative în alte texte” [3]
Intestinul gros (LI)	Punctele sunt folosite la îndemână, la cot și la umăr și din nou la punctul final de lângă nas	Co, IC
Energizant triplu (TE)	Relevant doar în TE5	T, TB, TH, TW, SJ
Intestinul subțire (SI)	Întâlnim acest punct la marginea medială a mâinii și mai multe puncte în jurul scapulei	IT
Vezica biliară (GB)	Punctele sunt folosite în jurul gâtului și umărului. Alte puncte din cap și din picior vor fi de asemenea utile	G, VB, VF
vezica urinara (BL)	Un meridian lung și puncte sunt utilizate în mod obișnuit în special în regiunea paraspinală și în gleznă	B, UB, VU
Vas guvernator (GV)	Punctele liniei mediane sunt folosite în coloana inferioară și superioară	DU, Go, TM, VG

[a] Unele abrevieri derivă din nume de origine latină sau franceză.

REFERINȚE

Allen JJB, Schnyer RN, Hitt SK 1998 Eficacitatea acupuncturii în tratamentul depresiei majore la femei. Psychological Science 9: 397-401

Alraek T, Baerheim A 2003 Efectul tratamentului profilactic cu acupunctura la femeile cu cistita recurenta: pacientii cu rinichi se descurca mai bine. Journal of Alternative and Complementary Medicine 9(5): 651-658

Alraek T, Soedal LI, Fagerheim SU et al 2002 Tratamentul cu acupunctură în prevenirea infecțiilor recurente necomplicate ale tractului urinar inferior la femeile adulte. Jurnalul American de Sănătate Publică 92(10): 1609-1611

Andersson S, Lundeberg T 1995 Acupunctura - de la empirism la știință: fundal funcțional la efectele acupuncturii în durere și boală. Ipoteze medicale 45(3): 271-281

Anon. 1823 Acupunctura. Lancet 9 noiembrie: 200-201

Baldry PE 1993 Acupunctură, puncte de declanșare și dureri musculo-scheletice. a 2-a edn. Churchill Livingstone, Edinburgh

Baldry P 2005a Integrarea acupuncturii în medicină în Marea Britanie - Marea Britanie A 25-a aniversare a Societății de Acupunctură Medicală. Acupunctura în medicină 23(1): 2-12

Baldry PE 2005b Acupunctură, puncte de declanșare și dureri musculo-scheletice. a 3-a edn. Elsevier, Edinburgh

Basser S 1999 Acupunctura: o istorie. Revizuirea științifică a medicinei alternative 3(1): 34-41

Berman B, Ezzo J, Hadhazy V et al 1999 Este acupunctura eficientă în tratamentul fibromialgiei? Journal of Family Practice 48: 3-213

Birch S, Kaptchuk T 1999 Istoria, natura și practica curentă a acupuncturii: o perspectivă est-asiatică. În Ernst E, White A (eds) Acupunctura: o evaluare științifică. Butterworth-Heinemann, Oxford, pp. 11-30

Bivens RE 2000 Acupunctură, expertiză și medicină interculturală. Palgrave, Manchester

Blom M, Lundeberg T, Dawidson I et al 1993 Efectele asupra fluxului sanguin local al stimulării prin acupunctură utilizată pentru tratarea xerostomiei la pacienții care suferă de sindromul Sjogren. Journal of Oral Rehabilitation 20: 541-548

Brattberg G 1986 Tratamente de acupunctură: un pericol de trafic? Jurnalul American de Acupunctură 14: 265-267

Bullock ML, Kiresuk TJ, Sherman RE et al 2002 Un studiu mare randomizat controlat cu placebo al acupuncturii auriculare pentru dependența de alcool. Journal of Substance Abuse Treatment 22(2): 71-77

Campbell A 2001 Acupunctura în practică: dincolo de puncte și meridiane. Butterworth-Heinemann, Oxford

Carlsson C 2002 Mecanisme de acupunctură pentru efecte clinice relevante pe termen lung - reconsiderare și o ipoteză. Acupunctura în medicină 20(2-3): 82-99

Ceccherelli F, Bordin M, Gagliardi G et al 2001 Comparație între acupunctura superficială și profundă în tratamentul durerii miofasciale a umărului: un studiu randomizat și controlat. Cercetare în acupunctură și electroterapie 26(4): 229-238

Chen Y 1997 Scrolls de mătase: cea mai veche literatură a doctrinei meridianelor din China antică. Acupunctură și Cercetare Electro-Terapeutică 22: 175-189

Chiang CY, Chang CT, Chu HL et al 1973 Calea aferentă periferică pentru analgezia de acupunctură. Scientia Sinica 16: 210

Chou CY, Wen CY, Kao MT et al 2005 Acupunctura la pacienții cu hemodializă la punctul de acupunctură Quchi (LI11) pentru prurit uremic refractar. Nephrology Dialysis Transplantation 20(9): 1912-1915

Clement-Jones V, McLoughlin L, Tomlin S et al 1980 Creșterea nivelurilor de beta-endorfină, dar nu de met-encefalină în lichidul cefalorahidian uman după acupunctură pentru durerea recurentă. Lancet 316: 945-947

Coyle M, Smith C 2005 Un sondaj care compară diagnosticul MTC, starea de sănătate și diagnosticul medical la femeile supuse reproducerii asistate. Acupunctura în medicină 23(2): 62-69

Cummings TM 1996 Un audit computerizat al acupuncturii la două populații: civilă și forțe. Acupunctura în medicină 14: 37-39

Cummings M, Lundeberg T 2006 Acupunctură pentru tinitus. Terapii complementare în medicină 14(4): 290-291

Cummings TM, White AR 2001 Needling terapii în managementul durerii miofasciale de declanșare: o revizuire sistematică. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 82(7): 986-992

Dawidson I, Angmar-Mansson B, Blom M et al 1998 Influența stimulării senzoriale (acupunctura) asupra eliberării de neuropeptide în saliva subiecților sănătoși. Life Sciences 63(8): 659-674

De Stefano R, Selvi E, Villanova M et al 2000 Cuantificarea analizei imaginii imunoreactivității substanței P în mușchiul trapez al pacienților cu fibromialgie și sindrom de durere miofascială. Journal of Rheumatology 27(12): 2906-2910

Deluze C 1992 Electroacupunctură în fibromialgie: rezultatele unui studiu controlat. British Medical Journal 305(6864): 1249-1252

Diener HC, Kronfeld K, Boewing G et al 2006 Eficacitatea acupuncturii pentru profilaxia migrenei: un studiu clinic controlat randomizat multicentric. Lancet Neurology 5(4): 310-316

Dorfer L, Moser M, Bahr F et al 1999 Un raport medical din epoca de piatră? Lancet 354: 1023-1025

Dorfer L, Moser M, Spindler K et al 1998 Acupunctura veche de 5200 de ani în Europa Centrală? [scrisoare]. Știința 282: 242-243

Dyrehag LE, Widerstroem-Noga EG, Carlsson SG et al 1997 Efectele sesiunilor repetate de stimulare senzorială (electro-acupunctură) asupra temperaturii pielii la pacienții cu dureri cronice. Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine 29: 243-250

Edwards J, Knowles N 2003 Acul uscat superficial și întinderea activă în tratamentul durerii miofasciale - un studiu controlat randomizat. Acupunctura în medicină 21(3): 80-86

Elden H, Ladfors L, Olsen MF et al 2005 Efectele acupuncturii și exercițiilor de stabilizare ca adjuvant la tratamentul standard la femeile însărcinate cu durere de centură pelviană: studiu controlat, randomizat, unic orb. British Medical Journal 330(7494): 761-766

Ernst E, Pittler MH 1998 Eficacitatea acupuncturii în tratarea durerii dentare acute: o revizuire sistematică. British Dental Journal: 443-447

Ernst G, Strzyz H, Hagmeister H 2003 Incidența efectelor adverse în timpul terapiei cu acupunctură - un studiu multicentric. Terapii complementare în medicină 11(2): 93-97

Ezzo J, Berman B, Hadhazy V et al 2000 Este acupunctura eficientă pentru tratamentul durerii cronice? O revizuire sistematică. Durerea 86(3): 217-225

Ezzo J, Vickers A, Richardson MA et al 2005 Stimularea punctului de acupunctură pentru greața și vărsăturile induse de chimioterapie. Journal of Clinical Oncology 23(28): 7188-7198

Filshie J 2001 Aspecte de siguranță ale acupuncturii în îngrijirea paliativă. Acupunctura în medicină 19(2): 117-122

Filshie J, Bolton T, Browne D et al 2005 Acupunctura și autoacupunctura pentru tratamentul pe termen lung al simptomelor vasomotorii la pacienții cu cancer - algoritm de audit și tratament. Acupunctura în medicină 23(4): 171-180

Filshie J, Hester J 2006 Ghid pentru furnizarea de tratament cu acupunctură pentru pacienții cu cancer - un document de politică eșantion revizuit de colegi. Acupunctura în medicină 24(4): 172-182

Filshie J, White AR 1998 Acupunctura medicală: o abordare științifică occidentală. Churchill Livingstone, Edinburgh

Fink M, Wolkenstein E, Karst M et al 2002 Acupunctura în epicondilita cronică: un studiu randomizat controlat. Reumatologie (Oxford) 41(2): 205-209

Fujiwara H, Taniguchi K, Takeuchi J et al 1980 Influența acupuncturii de joasă frecvență asupra unui stimulator cardiac la cerere. Cufăr 78: 1285-1286

Fung KP, Chow OKW, So SY 1986 Atenuarea astmului indus de efort prin acupunctură. Lancet 328: 1419-1422

Furlan A, Tulder M, Cherkin D et al 2005 Acupunctură și acul uscat pentru durerile de spate. Evaluări sistematice ale bazei de date Cochrane 1: CD001351

Gates S, Smith L, Foxcroft D 2006 Acupunctura auriculară pentru dependența de cocaină. Analize sistematice ale bazei de date Cochrane 1: CD005192

Gaudernack LC, Forbord S, Hole E 2006 Acupunctura administrată după ruptura spontană a membranelor la termen reduce semnificativ durata nașterii și utilizarea oxitocinei. Un studiu randomizat controlat. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 85(11): 1348-1353

Gerwin RD, Shannon S, Hong CZ și colab. 1997 Fiabilitatea interrater în examinarea punctului de declanșare miofascial. Durere 69(1-2): 65-73

Haker E, Lundeberg T 1990 Tratamentul cu acupunctură în epicondilalgie: un studiu comparativ al două tehnici de acupunctură. Jurnalul clinic al durerii 6: 221-226

Han JS 2004 Acupunctură și endorfine. Neuroscience Letters 361(1-3): 258-261

Han J, Terenius L 1982 Bazele neurochimice ale analgeziei acupuncturii. Anual Review of Pharmacology and Toxicology 22: 193-220

Helms JM 1998 O privire de ansamblu asupra acupuncturii medicale. Terapii alternative în sănătate și medicină 4(3): 35-45

Hernandez-Diaz S, Rodriguez LA 2000 Asocierea dintre medicamentele antiinflamatoare nesteroidiene și sângerarea/perforarea tractului gastrointestinal superior: o prezentare generală a studiilor epidemiologice publicate în anii 1990. Arhivele de Medicină Internă 160(14): 2093-2099

HoffmanP2001 Dezinfectia pielii si acupunctura. Acupunctura în medicină 19(2): 112-116

Hong CZ 2000 Puncte de declanșare miofasciale: fiziopatologie și corelație cu punctele de acupunctură. Acupunctura în medicină 18(1): 41-47

Hong CZ, Kuan TS, Chen JT și colab. 1997 Durerea menționată provocată de palpare și prin acționarea punctelor de declanșare miofasciale: o comparație. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 78(9): 957-960

Huang KC 1996 Efecte secundare și mortalitate. Acupunctura: trecutul și prezentul. Vantage Press, New York, pp. 251-254

Hubbard DR, Berkoff GM 1993 Punctele de declanșare miofasciale arată activitate EMG. Coloana vertebrală 18: 1803-1807

Hughes J, Smith TW, Kosterlitz H Wet al 1975 Identificarea a două pentapeptide înrudite din creier cu activitate puternică agonistă a opiaceelor. Nature 258(5536): 577-580

Hui KK, Liu J, Makris N et al 2000 Acupunctura modulează sistemul limbic și structurile gri subcorticale ale creierului uman: dovezi din studii fMRI la subiecți normali. Human Brain Mapping 9(1): 13-25

Hui KKS, Liu J, Marina O et al 2005 Răspunsul integrat al sistemelor cerebro-cerebeloase și limbice umane la stimularea acupuncturii la ST 36, așa cum este evidențiat de fMRI. Neuroimage 27(3): 479-496

Johansson BB 1993 Are stimularea senzorială un rol în reabilitarea accidentului vascular cerebral? Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine Suppl 29: 87-96

Kaplan G 1997 O scurtă istorie a călătoriei acupuncturii în Occident. Journal of Alternative and Complementary Medicine 3: S5-S10

Kaptchuk T 1983 Medicina chineză: rețeaua care nu are țesător. Rider, Londra

Karst M, Reinhard M, Thum P et al 2001 Acupunctura cu ac în cefaleea de tip tensiune: un studiu randomizat, controlat cu placebo. Cephalalgia 21(6): 637-642

Kelleher CJ, Filshie J, Burton G et al 1994 Acupunctura și tratamentul simptomelor vezicii urinare iritative. Acupunctura în medicină 12(1): 9-12

Kellgren JH 1938 Observații asupra durerii menționate care decurg din mușchi. Clinical Science 3: 175-190

Kendall DE 2002 Dao al medicinei chineze: înțelegerea unei arte antice de vindecare. Oxford University Press, New York

Kleinhenz J, Streitberger K, Windeler J et al 1999 Studiu clinic randomizat care compară efectele acupuncturii și un ac placebo nou proiectat în tendinita manșetei rotatorilor. Durerea 83(2): 235-241

Knight B, Mudge C, Openshaw S et al 2001 Efectul acupuncturii asupra greață a sarcinii: un studiu randomizat, controlat. Obstetrică și Ginecologie 97(2): 184-188

Lagrue G, Poupy JL, Grillot A et al 1977 Acupuncture anti-tabagique. La Nouvelle Presse Medicale 9: 966

Lao L, Bergman S, Anderson R et al 1994 Efectul acupuncturii asupra durerii post-operatorii. Acupunctura în medicină 12: 13-17

Langevin HM, Bouffard NA, Badger GJ și colab. 2006 Remodelarea citoscheletică fibroblastă subcutanată indusă de acupunctură: dovezi pentru un mecanism bazat pe mecanotransducție. Journal of Cell Physiology 207(3): 767-774

Lawson-Wood D, Lawson-Wood J 1973 Cele cinci elemente ale acupuncturii și masajului chinezesc. Health Science Press, Holsworthy, Devon

Le Bars D, Dickenson AH, Besson JM 1979 Controale inhibitoare difuze nocive (DNIC). 1. Efecte asupra neuronilor convergenți ai cornului dorsal la șobolan. Durerea 6: 283-304

Lee A, Copas JB, Henmi M et al 2006 Prejudecățile de publicare au afectat estimarea stării de greață postoperatorie într-o revizuire sistematică a stimulării punctului de acupunctură. Journal of Clinical Epidemiology 59(9): 980-983

Lee A, Done M 2004 Stimularea punctului de acupunctură a încheieturii mâinii P6 pentru prevenirea greață și vărsături postoperatorii. Evaluări sistematice ale bazei de date Cochrane 3: CD003281

Lee H, Ernst E 2004 Acupunctura pentru managementul durerii travaliului: o revizuire sistematică. Jurnalul American de Obstetrică și Ginecologie 191(5): 1573-1579

Lewith GT, Kenyon JN, Broomfield J et al 2001 Este testarea electrodermală la fel de eficientă ca și testele cutanate pentru diagnosticarea alergiilor? Un studiu de proiectare bloc randomizat, dublu orb. British Medical Journal 322(7279): 131-134

Lindall S 1999 Este acupunctura pentru ameliorarea durerii în practica generală rentabilă? Acupunctura în medicină 17(2): 97-100

Linde K, Streng A, Hoppe A et al 2006 Programul pentru evaluarea îngrijirii pacientului cu acupunctură (PEP-Ac) - un proiect sponsorizat de zece fonduri germane de asigurări sociale de sănătate. Acupunctura în medicină 24(Suppl): 25-32

Linde K, Streng A, Jurgens S et al 2005 Acupunctura pentru pacienții cu migrenă: un studiu controlat randomizat. Jurnalul Asociației Medicale Americane 293(17): 2118-2125
Lu GD, Needham J 1980 Lancetele celesti: o istorie și raționamentul acupuncturii și moxa. Cambridge University Press, Cambridge
Lund I, Lundeberg T 2006 Sunt procedurile de acupunctură minime, superficiale sau simulate acceptabile ca martori placebo inerți? Acupunctura în medicină 24(1): 13-15
Lundeberg T 1999 Efectele stimulării senzoriale (acupunctura) asupra sistemului circulator și imunitar. În Ernst E, White A (eds) Acupunctura: o evaluare științifică. Butterworth-Heinemann, Oxford
Ma KW 1992 Rădăcinile și dezvoltarea acupuncturii chineze: de la preistorie până la începutul secolului al XX-lea. Acupunctura în medicină 10(Suppl): 92-99
MacDonald AJR 1982 Acupunctura: de la arta antică la medicina modernă. 1-a edn. George Allen & Unwin, Boston
Maciocia G 1989 Bazele medicinei chineze. Churchill Livingstone, Edinburgh
MacPherson H, Thomas K 2005 Reacții pe termen scurt la acupunctură - un studiu transversal al rapoartelor pacienților. Acupunctura în medicină 23(3): 112-120
MacPherson H, Thomas K, Walters S et al 2001 Un studiu prospectiv al evenimentelor adverse și reacțiilor la tratament după 34.000 de consultări cu acupuncturi profesioniști. Acupunctura în medicină 19(2): 93-102
Manheimer E, White A, Berman B et al 2005 Meta-analiză: acupunctura pentru durerea lombară. Annals of Internal Medicine 142(8): 651-663
Manheimer E, Zhang G, Udoff L et al 2008 Efectele acupuncturii asupra ratelor sarcinii și născuților vii în rândul femeilor supuse fertilizării in vitro: revizuire sistematică și meta-analiză. Jurnalul medical britanic
Mann F 1992 Reinventarea acupuncturii. Butterworth-Heinemann, Oxford
Margolin A, Kleber HD, Avants SK et al 2002 Acupunctură pentru tratamentul dependenței de cocaină: un studiu controlat randomizat. Jurnalul Asociației Medicale Americane 287(1): 55-63
Martin DP, Sletten CD, Williams BA et al 2006 Îmbunătățirea simptomelor fibromialgiei cu acupunctură: rezultatele unui studiu controlat randomizat. Mayo Clinic Proceedings 81 (6): 749-757
Mayer DJ, Price DD, Rafii A 1977 Antagonismul analgeziei de acupunctură la om de către antagonistul narcotic naloxonă. Cercetarea creierului 121: 368-372
McCarney RW, Brinkhaus B, Lasserson TJ et al 2004 Acupunctura pentru astm cronic. Analize sistematice ale bazei de date Cochrane 1: CD000008
Melchart D, Linde K, Fischer P et al 2001 Acupunctura pentru cefalee idiopatică (Revista Cochrane). În: The Cochrane Library, Issue 3, 2001. Oxford: Update Publications 1: CD001218
Melchart D, Streng A, Hoppe A et al 2005 Acupunctura la pacientii cu cefalee de tip tensional: studiu controlat randomizat. British Medical Journal 331(7513): 376-382
Melchart D, Thormaehlen J, Hager S et al 2003 Acupunctura versus placebo versus sumatriptan pentru tratamentul precoce al atacurilor de migrenă: un studiu controlat randomizat. Journal of Internal Medicine 253(2): 181-188
Melzack R, Stillwell DM, Fox EJ 1977 Puncte de declanșare și puncte de acupunctură pentru durere: corelații și implicații. Durerea 3: 3-23
Melzack R, Wall PD 1965 Mecanismele durerii: o nouă teorie. Science 150(699): 971-979
Melzack R, Wall PD 1988 Provocarea durerii. Penguin Books, Londra
Mense S, Simons DG 1999 Durerea musculară: înțelegerea naturii sale, diagnostic și tratament. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia

Myers CP 1991 Acupunctura în practica generală: efect asupra cheltuielilor cu medicamente. Acupunctura în medicină 9: 71-72
Nesheim BI, Kinge R 2006 Performanța acupuncturii ca analgezie a travaliului în cadrul clinic. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 85(4): 441-443
NIH Consensus Development Panel 1998 NIH Consensus Conference. acupunctura. Jurnalul Asociației Medicale Americane 280(17): 1518-1524
Nogier PMF 1981 Manual de auriculoterapie. Maisonneuve, Moulin-les-Metz O'Brien B, Relyea MJ, Taerum T 1996 Eficacitatea presopunciunii P6 în tratamentul greației și vărsăturilor în timpul sarcinii. Jurnalul American de Obstetrică și Ginecologie 174: 708-715
Oomman S, Liu D, Cummings M 2005 Acupunctură pentru ameliorarea durerii postoperatorii acute la o pacientă cu trombocitopenie indusă de sarcină - un raport de caz. Acupunctura în medicină 23(2): 83-85
Osler W 1912 Principiile și practica medicinei. a 8-a edn. Appleton, New York
Pariente J, White P, Frackowiak RS et al 2005 Așteptările și credința modulează substraturile neuronale ale durerii tratate prin acupunctură. Neuroimage 25(4): 1161-1167
Park J, White AR, Ernst E 2000 Eficacitatea acupuncturii ca tratament pentru tinitus: o revizuire sistematică. Arhivele Otolaringologiei - Chirurgia capului și gâtului 126: 489-492
Peuker E, Cummings M 2003a Anatomie pentru acupuncturist - fapte și ficțiune 2: pieptul, abdomenul și spatele. Acupunctura în medicină 21(3): 72-79
Peuker E, Cummings M 2003b Anatomie pentru acupuncturist - fapte și ficțiune. 1: regiunea capului și gâtului. Acupunctura în medicină 21(1-2): 2-8
Peuker E, Cummings M 2003c Anatomie pentru acupuncturist - fapte și ficțiune. 3: extremitatea superioară și inferioară. Acupunctura în medicină 21(4): 122-132
Pomeranz B 2001 Acupunctura analgezie - cercetare de bază. În Stux G, Hammerschlag R (eds) Acupunctura clinică - bază științifică. Springer, Berlin
Pomeranz B, Chiu D 1976 Naloxone blockade of acupuncture analgesia: endorphin implicated. Life Sciences 19(11): 1757-1762
Ratcliffe J, Thomas KJ, MacPherson H et al 2006 Un studiu controlat randomizat de îngrijire prin puncție acu pentru durerea lombară persistentă: analiza cost-eficacității. British Medical Journal 333(7569): 626-628A
Grupul de cercetare de anestezie prin acupunctură 1974 Rolul unor neurotransmițători ai creierului în analgezia prin acupunctură cu degetul. Scientia Sinica 17: 112-130
Reston J 1971 Acum despre operațiunea mea din Peking. New York Times: 1,6
Ross J 2001 Un audit al impactului introducerii microacupuncturii în îngrijirea primară. Acupunctura în medicină 19(1): 43-45
Ross J, White A, Ernst E 1999 Acupunctura occidentală, minimă pentru durerea de gât: un studiu de cohortă. Acupunctura în medicină 17(1): 5-8
Sandberg M, Lundeberg T, Lindberg LG et al 2003 Efectele acupuncturii asupra fluxului sanguin al pielii și mușchilor la subiecții sănătoși. Jurnalul European de Fiziologie Aplicată 90(1-2): 114-119
Sandkuhler J 2000 Învățare și memorie în căile durerii. Pain 88(2): 113-118 Scarsella S, Palattella A, Mariani P et al 1994 Electroacupuncture treatment of postoperative pain in oral surgery. Acupunctura în medicină 12(2): 75-77
Scharf HP, Mansmann U, Streitberger K et al 2006 Acupunctura și osteoartrita genunchiului - un studiu randomizat cu trei brațe. Analele de Medicină Internă 145(1): 12-20
Schnorrenberger CC 2003 Chen-Chiu: acupunctura originală, o nouă paradigmă de vindecare. Wisdom Publications, Somerville MA
Sciotti VM, Mittak VL, DiMarco L et al 2001 Precizia clinică a locației punctului de declanșare miofascial în mușchiul trapez. Durerea 93(3): 259-266

Shah JP, Phillips TM, Danoff JV et al 2005 O tehnică microanalitică in vivo pentru măsurarea mediului biochimic local al mușchiului scheletic uman. Journal of Applied Physiology 99(5): 1977-1984

Simons DG, Travell JG, Simons LS 1999 Durere și disfuncție miofascială: manualul punctului de declanșare. Volumul 1. Jumătatea superioară a corpului. a 2-a edn. Williams & Wilkins, Baltimore

Skootsky SA, Jaeger B, Oye RK 1989 Prevalența durerii miofasciale în practica generală de medicină internă. Western Journal of Medicine 151(2): 157-160

Smith C, Crowther C, Beilby J 2002a Acupunctura pentru a trata greața și vărsăturile la începutul sarcinii: un studiu controlat randomizat. Nașterea 29(1): 1-9

Smith C, Crowther C, Beilby J 2002b Rezultatul sarcinii în urma participării femeilor la un studiu controlat randomizat de acupunctură pentru a trata greața și vărsăturile la începutul sarcinii. Terapii complementare în medicină 10(2): 78-83

Sola AE, Rodenberger ML, Gettys BB 1955 Incidența zonelor hipersensibile în mușchii umărului posterior. American Journal of Physical Medicine 3: 585-590

Soulie de Morant G 1957 L'Acuponcture Chinoise. J. Lafitte, Paris

Stener-Victorin E, Humaidan P 2006 Utilizarea acupuncturii în infertilitatea feminină și un rezumat al studiilor recente de acupunctură legate de transferul de embrioni. Acupunctura în medicină 24(4): 157-163

Sze FK, Wong E, Yi X et al 2002 Are acupunctura valoare suplimentară față de reabilitarea motorie standard post-accident vascular cerebral? Stroke 33(1): 186-194

Academia de Medicină Tradițională Chineză 1975 O schiță a acupuncturii chineze. Presa de limbi străine, Peking

Thomas KJ, MacPherson H, Ratcliffe J et al 2005 Beneficiile clinice și economice pe termen lung ale acordării de îngrijiri de acupunctură pacienților cu dureri cronice de spate. Rapoarte de evaluare a tehnologiei sănătății 9(32): 1-126

Thomas KJ, Nicholl JP, Coleman P 2001a Utilizarea și cheltuielile pentru medicina complementară în Anglia: un sondaj bazat pe populație. Terapii complementare în medicină 9(1): 2-11

Thomas KJ, Nicholl JP, toamna M 2001b Acces la medicina complementară prin practica generală. British Journal of General Practice 51(462): 25-30

Thomas M, Eriksson SV, Lundeberg T 1991 Un studiu comparativ al diazepamului și acupuncturii la pacienții cu osteoartrită. Jurnalul American de Medicină Chineză 19: 95-100

Thomas M, Lundeberg T, Bjork G et al 1995 Durerea și disconfortul în dismenoreea primară sunt reduse prin acupunctura preventivă sau TENS de joasă frecvență. Jurnalul European de Reabilitare Fizică și Medicală 5(3): 71-76

Tough EA, White AR, Richards S et al 2007 Variabilitatea criteriilor utilizate pentru a diagnostica sindromul de durere miofascial punct declanșator - dovezi dintr-o revizuire a literaturii. Clinical Journal of Pain 23(3): 278-286

Travell JG, Simons DG 1983 Durere și disfuncție miofascială: manualul punctului de declanșare. 1-a edn. Williams & Wilkins, Baltimore

Travell JG, Simons DG 1992 Durere și disfuncție miofascială: manualul punctului de declanșare. Volumul 2. Extremitățile inferioare. 1-a edn. Williams & Wilkins, Baltimore

Trinh K, Graham N, Gross A et al 2007 Acupunctura pentru tulburări ale gâtului. Spine 32(2): 236-243 Trinh KV, Phillips SD, Ho E și colab. 2004 Acupunctură pentru ameliorarea durerii epicondilelor laterale: o revizuire sistematică. Rheumatology (Oxford) 43(9): 1085-1090

Ulett G 1992 Dincolo de Yin și Yang: cum funcționează cu adevărat acupunctura. Warren H Green, St Louis

Ulett GA, Han SP 2002 Biologia acupuncturii. Warren H Green, St Louis

Usichenko TI, Dinse M, Hermsen M et al 2005 Acupunctura auriculară pentru ameliorarea

durerii după artroplastia totală de șold - un studiu controlat randomizat. Durere 114(3): 320-327

Uvnas-Moberg K, Bruzelius G, Alster P et al 1993 Efectul antinociceptiv al stimulării senzoriale non-nocive este mediat parțial prin mecanisme oxitocinergice. Acta Physiologica Scandinavica 149: 199-204

Veith I 1949 Clasicul de medicină internă al împăratului galben. University of California Press, Berkeley

Vickers A, Goyal N, Harland R et al 1998 Anumite țări produc numai rezultate pozitive? O revizuire sistematică a studiilor controlate. Studii clinice controlate 19(2): 159-166 Vickers

AJ, Rees RW, Zollman CE et al 2004 Acupunctura pentru cefaleea cronică în primar îngrijire: studiu mare, pragmatic, randomizat. British Medical Journal 328(7442): 744

Vincent C 2001 Siguranța acupuncturii. British Medical Journal 323(7311): 467-468 Vincent

CA, Richardson PH, Black JJ et al 1989 Semnificația plasării acului loc în acupunctură. Journal of Psychosomatic Research 33: 489-496

Walsh B 2001 Controlul infecției în acupunctură. Acupunctura în medicină 19(2): 109-111

Wang K, Yao S, Xian Y et al 1985 Un studiu al câmpului receptiv al acupunctelor și relația dintre caracteristicile senzației de ace și grupurile de fibre aferente. Scientia Sinica 28: 963

Wedenberg K, Moen B, Norling A 2000 Un studiu prospectiv randomizat care compară acupunctura cu fizioterapie pentru durerile de spate și pelvine în timpul sarcinii. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica 79(5): 331-335

White A 2004 O revizuire cumulativă a intervalului și incidenței evenimentelor adverse semnificative asociate cu acupunctura. Acupunctura în medicină 22(3): 122-133

White A 2006 Siguranța acupuncturii - dovezi din Marea Britanie. Acupunctura în medicină 24(Suppl): S53-S57

White A, Foster NE, Cummings M et al 2007 Tratamentul cu acupunctură pentru durerea cronică de genunchi: o revizuire sistematică. Reumatologie (Oxford) 46(3): 384-390

White A, Hayhoe S, Hart A et al 2001 Sondajul evenimentelor adverse după acupunctură (SAFA): un studiu prospectiv de 32.000 de consultații. Acupunctura în medicină 19(2): 84-92

White A, Kawakita K 2006 Dovezile privind acupunctura pentru osteoartrita genunchiului - rezumat editorial privind implicațiile pentru politica de sănătate. Acupunctura în medicină 24(Suppl): S71-S76

White A, Moody R 2006 Efectele acupuncturii auriculare asupra renunțării la fumat pot să nu depindă de punctul ales - o meta-analiză exploratorie. Acupunctura în medicină 24(4): 149-156

White A, Rampes H, Campbell J 2006 Acupunctura și intervenții conexe pentru renunțarea la fumat. Baza de date Cochrane de revizuiri sistematice 1: CD000009

White AR 2003 O revizuire a studiilor controlate de acupunctură pentru îngrijirea sănătății reproductive a femeilor. Journal of Family Planning and Reproductive Health Care 29(4): 233-236

White AR, Resch KL, Chan JC și colab. 2000 Acupunctură pentru cefaleea de tip tensiune episodică: un studiu controlat randomizat multicentric. Cefalalgia 20(7): 632-637

Witt CM, Brinkhaus B, Reinhold T et al 2006a Eficacitatea, eficacitatea, siguranța și costurile acupuncturii pentru durerea cronică - rezultatele unei inițiative de cercetare ample. Acupunctura în medicină 24(Suppl): S33-S39

Witt CM, Jena S, Brinkhaus B și colab. 2006b Acupunctura la pacienții cu osteoartrită a genunchiului sau șoldului: un studiu randomizat, controlat cu un braț suplimentar nerandomizat. Artrita și reumatismul 54(11): 3485-3493

Witt CM, Jena S, Selim D et al 2006c Studiu pragmatic randomizat care evaluează eficacitatea clinică și economică a acupuncturii pentru durerile cronice de spate. Jurnalul American de Epidemiologie 164(5): 487-496

Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB et al 1990 Colegiul American de Reumatologie 1990 Criterii pentru clasificarea fibromialgiei. Raportul Comitetului de criterii multicentric. Artrita și reumatismul 33(2): 160-172

Wonderling D, Vickers AJ, Grieve R et al 2004 Analiza cost-eficacității unui studiu randomizat de acupunctură pentru cefaleea cronică în îngrijirea primară. British Medical Journal 328(7442): 747-749

Woolf CJ 1996 Windup și sensibilizarea centrală nu sunt echivalente. Durere 66(2-3): 105-108

Woollam CHM, Jackson AO 1998 Acupunctura în managementul durerii cronice. Anestezie 53(6): 593-595

Wu MT, Hsieh JC, Xiong J et al 1999 Calea nervoasă centrală pentru stimularea acupuncturii: localizarea procesării cu imagistica RM funcțională a creierului - experiență preliminară. Radiologie 212(1): 133-141

Wu MT, Sheen JM, Chuang KH et al 2002 Specificitatea neuronală a răspunsului la acupunctură: un studiu fMRI cu electroacupunctură. Neuroimage 16(4): 1028-1037

Wyon Y, Lindgren R, Lundeberg T et al 1995 Efectele acupuncturii asupra simptomelor vasomotorii climaterice, a calității vieții și a excreției urinare a neuropeptidelor în rândul femeilor aflate în postmenopauză. Menopauza: Jurnalul Societății Nord-Americane de Menopauză 2: 3-12

Wyon Y, Wijma K, Nedstrand E et al 2004 O comparație între acupunctura și tratamentul oral cu estradiol al simptomelor vasomotorii la femeile aflate în postmenopauză. Climateric 7(2): 153-164

Yamashita H, Tsukayama H, Hori N et al 2000 Incidența reacțiilor adverse asociate cu acupunctura. Journal of Alternative and Complementary Medicine 6: 345-350

Yamashita H, Tsukayama H, Tanno Y et al 1999 Evenimente adverse în tratamentul cu acupunctură și moxibustie: un studiu de șase ani la o clinică națională din Japonia. Journal of Alternative and Complementary Medicine 5(3): 229-236

Yoon SS, Kwon YK, Kim MR et al 2004 Inhibarea mediată de acupunctură a eliberării de dopamină indusă de etanol în nucleul accumbens de șobolan prin receptorul GABA-B. Neuroscience Letters 21; 369(3): 234-238

INDEX

Note: Numerele paginilor cu *caractere cursive* se referă la cifre. Numerele paginilor îngroşate **se** referă la tabele sau materialul în cutie. Deoarece subiectul acestei cărţi este acupunctura occidentală, toate intrările se referă la acest tip de acupunctură. Termenul „acupunctură tradiţională chineză" este folosit pentru tratamentul clasic.

O

Abdomen
  condiţii, **135**, 182 modele de puncte de declanşare miofasciale, *198* siguranţa organelor, 158
  locaţia punctului de acupunctură tradiţională, 199, **200-201**
Muşchii peretelui abdominal, acupunctură segmentară (analgezie), 36
Contraindicaţii absolute, 129
Eliberarea de acetilcolină, puncte de declanşare miofasciale (MTrPs), 65
ACTH (hormon adrenocorticotrop), 55
Potenţialele de acţiune, xiii
Presopunctura, 168-169 bratari elastice, 168, *169*
Studiu acupunctura în îngrijirea de rutină (ARC), studiu clinic pentru durerile de gât, 104
Terapia dependenţei, cercetări clinice/studii, 112-113
A **S**, 18 acupunctură segmentară (analgezie), 30, 37 nervi somatici, 28, 28
Hormonul adrenocorticotrop (ACTH), 55 Advance, tehnici de folosire cu ac, 145
Evenimente adverse, 121-126, **122**
  atribuirea acupuncturii, 122
  incidenţă, 119 infecţii, **124**
    endocardită bacteriană, 160
  celulită, 159 fasciită necrozantă, 159
  reducerea, 158-160, 160
  leziuni medicale, 121
  uşoare, **122**, 122-123
  sângerări, 155
  somnolenţă, 123
  hemograme, simptome 123
  pneumotorax, 157, 158
  grav, **122**, 124-125
  tamponada cardiacă, 125, 156
    decese, 125
    tromboză venoasă profundă, 155-156 infecţii *vezi mai sus*
    accidentare, **124**
    pneumotorax, 125
  semnificativ, **122**, 123-124
    exacerbarea astmului, 123
    colaps, 123-124 afectarea nervilor periferici, 123
    infecţie a pielii, 123 evenimente inevitabile, 125-126
  variabilitate în, 120
Durere afectivă, 52
  cercetare/studii clinice, 99
  definiţie, xiii
Nervi aferenti, xiii
Terapia dependenţei de alcool, 112-113
Terapia rinitei alergice, 183
Receptori AMPA, sensibilizare, 49
Analgezie
  definiţie, xiii
  antagonism naloxonă, 41 curs de timp, 41, *42* nervul electric transcutanat stimulare, 30
  antidepresive triciclice, 45
Anatomie, acupunctura tradiţională chineză, 5
Echipamente auxiliare, 139
Terapia anginei
  cercetări/studii clinice, 110

electroacupunctură, 150-151
Cortexul cingulat anterior (ACC), 29, 29 Medicamente anticoagulante, 130
Aplicaţii (ale acupuncturii occidentale), 13 vezi *şi aplicaţii specifice*
ASAD, locaţie, 199, 200
Puncte de efect asociate, acupunctura tradiţională chineză, 85, *86*
Exacerbarea astmului, 123
Terapia astmului, 111-112
Terapia atipică a durerii faciale, 181
Presopunctura auriculară, 138

Acupunctura auriculară, 164-168
diagrame, 164-165, *165*
stimulare continuă, 166-167
definiţie, xiii
electroacupunctură, 167
aspecte istorice, 164-165
Tehnica NADA (National Acupuncture Detoxification Association), 167, 167-168
inervaţie nervoasă, 165, 166
siguranta, 166
renuntarea la fumat, 168
Efecte autonome
efecte de reglare centrală, 54-55 acupunctură segmentară (analgezie) *vezi* Acupunctura segmentară (analgezie)
Nervi autonomi
definiţie, xiii
niveluri segmentare, 213 nervi aferenti viscerali, 34

B

Spate, locaţie tradiţională a punctului de acupunctură, 204-205
Terapia durerilor de spate
cercetare/studii clinice, 103, 106, 115 cost-eficienţă, 117
sarcină, 106, 115
Bacteremie, ace reziduale, 163
Endocardită bacteriană, 160
BG14, locaţie, 192
BG21, locaţie, 191
BL10, locaţie, 191, 193
BL11, locaţie, *191* , 193
BL21, locaţie, 203, 204
BL22, locaţie, 203, 204
BL23, locaţie, 203, 204
BL24, locaţie, 203, 204
BL25, locaţie, 203, 204
BL26, locaţie, 203, 204
BL27, locaţie, 203, 205
BL28, locaţie, 203, 205
BL33, locaţie, 205
BL35, locaţie, 205 , 208, 211
BL36, locaţie, 203, 205 , 208, 212
BL40, locaţie, 203, 205 , 208, 212
BL44, locaţie, 199, 201
BL45, locaţie, 191, 193 , 199, 201
BL46, locaţie, 199, 201
BL47, locaţie, 199, 201
BL48, locaţie, 199, 201
BL49, locaţie, 199, 201
BL50, locaţie, 199, 201 , 203, 205
BL51, locaţie, 203, 205
BL52, locaţie, 203, 205
BL53, locaţie, 203, 205
BL54, locaţie, 203, 205
BL55, locaţie, 208, 212
BL56, locaţie, 208, 212
BL57
terapie de claudicaţie intermitentă, 181 locaţie, 208, 212
BL58, locaţie, 208, 212
BL60, 185
localizare, 203, 204 , 205 , 208, 212 terapia osteoartritei, 178 terapia durerii spinale/paraspinale, 179
Meridianul vezicii urinare, 217, 218
Simptomele vezicii urinare, 182
Sângerare
evenimente adverse, 155
îndepărtarea acului, 146
tendinţa de a vedea Precauţii
Orbitor vezi Cercetare/trialuri clinice
Sânge, acupunctură tradiţională chineză, 82 Flux sanguin, acupunctură locală, 20 Vase de sânge, siguranţă, 155-156
Presiune contonată, placebo din studii clinice, 95, 95 Fluide corporale, acupunctură tradiţională chineză, 82
Repere corporale, locaţia punctului tradiţional de acupunctură, 186, 187
Măsurătorile corpului, locaţia punctului tradiţional de acupunctură, 186, 188
Trunchiul cerebral, 29
siguranta, 157
Societatea Britanică de Acupunctură Medicală, recomandări de folosire a acului, 163

C

Peptida legată de gena calcitoninei (CGRP), 20
acupunctură locală, 9
Pacienţi cu cancer, precauţii, 131-132 Tamponada cardiacă, evenimente adverse, 125, 156
Celulită, evenimente adverse, 159
Sistemul nervos central (SNC), 29
boli/terapie tulburări, 113
Efecte de reglare centrală, 9, 11, 51-58 efecte autonome, 54-55 aplicaţii clinice, 56-57 definiţii, 52 diabet zaharat, 55-56 efecte de dependenţă de droguri, 56 efecte endocrine, 55-56 hipotalmo-hipofizar-

suprarenal axis, hipotalmo-hipofizar-suprarenal, axitalmoovarian,55555 efecte asupra sistemului imunitar, 56
insulina, 55-56
efecte de dispozitie/motivare, 54
greață, 56
selectarea punctelor, 176
stimulare punctuală, 177
bufeuri postmenopauză, 55 doză standard, 57
puncte de acupunctură tradiționale, 185

Fibre C, nervi somatici, 28
Canal, definiție, xiii
Caracteristici (ale acupuncturii), 3 Diagrame, acupunctură auriculară, 164-165, *165* Chimioterapia terapia greață, 114 Chi *vezi* Qi (chi)
Colecistochinină (CCK), 47
Tulpina cronică cumulată, puncte de declanșare miofasciale (MTrPs), 63
Terapia durerii cronice, 48
cercetări/studii clinice, 110-111 mecanisme, 13 aspecte psihologice, 48
Experiență clinică cercetare/trialuri clinice *vs.*, 100-101 tratament punct de declanșare miofascial, 74-75
Istoricul clinic, punctele de declanșare miofasciale (MTrPs), 68
Cercetare/trialuri clinice, 3, 93-118 orbire, 94-98
chestionarea pacientului, 97-98 orbirea practicianului, 98 testarea de succes, 97-98 verificare, 97
observație clinică vs., 100-101 grup de control, 101-102 evaluare a dovezilor, 103 acupunctură extrasegmentară, 40 studii ale companiei de asigurări germane, 102-103 lipsa, 99-100 recrutarea pacienților, 98 placebo, 94-97
presiune netă, 95, 95 definiție, xv importanță, 94 locație incorectă, 96 lipsă de, 94-95 controale simulate nepenetrante, 96 fără stimulare, 96 legarea la ochi a pacientului, 96 controale simulate penetrante, 96-97 acupunctură "falsă", 95-96 condiții adecvate, 98-99 terapie dependență *și boli specifice* cocaină 112-113 Revizuirea Cochrane, studiul clinic al durerii de gât, 104
Colaps, evenimente adverse, 123-124 Colaterale, diagnosticul de acupunctură tradițională chineză, 87
Nervul fibular comun, siguranță, 156 Terapia complexă a sindromului durerii regionale, 182
Meridianul concepției, *216*, 218
Condiții
acupunctură segmentară (analgezie), 31-32 tratabile, 134-136
Țesut conjunctiv, acupunctură locală, 20
Stimulare continuă, acupunctură auriculară *vezi* Acupunctură auriculară
Contraindicații, 128-129, 129
absolute, 129 electroacupunctură, 129 endocardită, 129 fobie de ac, 128 convingeri personale, 128 relative, 129-130
Grupul de control *vezi* Cercetări clinice/studii Convergență, nervi aferenți viscerali, *34*, 34-35
Eficacitatea costurilor (a acupuncturii), 116-118, 117
Măsuri QALY, 116-117 Ace de numărare utilizate, 144, 146
Răspuns cumulativ, acupunctură extrasegmentară, 46-47
Intensitatea curentului, electroacupunctura, 149 CV4, localizare, 199, 200
CV12, locatie, 199, 200
CV17, locatie, 199, 200
Terapia cistitei, 73

D

Decese, 125
Tromboza venoasă profundă (TVP), 155-156 Definiții, acupunctura medicală occidentală, xvi Terapia dentară a durerii, 111
Adâncimea de inserție, „doza” de acupunctură locală 24, 25
De qi (senzație de ac)
definiție, xiii acupunctura locală, 18-19
Dermatoame
spate, *214*
definiție, xiii
Conceptul de durere inhibitorie descendentă *vezi* Acupunctura extrasegmentară
Diabetul zaharat, efecte de reglare centrală, 55-56
Diametru *vezi* Ace
Control inhibitor nociv difuz (DNIC), 49 Leziuni directe, puncte de declanșare miofasciale (MTrPs), 63
Acul direct, tratamentul punctului de declanșare

miofascial, 73, *74*
Corn dorsal, definiție, xiii
Doza, 143, 144
creștere, 177
acupunctura locală *vezi*
Acupunctura locală Somnolență, 123
Efectele dependenței de droguri, 56

Acul uscat, xiv Dynorphin, 41, 41
Dismenoree, 73

E

Pământ, 84 nervi eferenţi, xiv
Eficacitate/validitate, 2-3
cercetări/studii clinice *vezi*
Clinică
cercetări/încercări
Opt principii, diagnosticul de
acupunctură tradiţională
chineză, 87
Brăţări elastice, 168, *169*
Activitate electrică vezi Puncte
de declanşare miofasciale
(MTrPs)
Electroacupunctură, 32, 148-151
aplicare, 148-149, *149*
acupunctură auriculară, 167
contraindicaţii, 129
intensitatea curentului, 149
definiţie, xiv **P**-endorfină, 42
encefalina, 42 echipament,
138-139, 138-139, terapie
articulară 1 frecvenţă 4, 1391
149 tratament punct de
declanşare miofascial,
74, 76 origini, 148
orfanin, 42 siguranţă, 150-151
timp luat, 149 Voll, 172
Tehnici de electrodiagnostic,
171-172 Electromiografie, puncte
de declanşare miofasciale
(MTrPs), 65
Elemente vezi Cinci faze
(elemente) Endocardită, 129
Efecte endocrine, efecte de
reglementare centrală,
55-56
P-Endorfina, 41, 41 efecte de
reglare centrală, 55
electroacupunctură, 42
hipotalmo-hipofizo-suprarenal
axa, 55 activare gri
periaqueductal, 43 Enkefalina,
41, 41 electroacupunctură, 42
acupunctură segmentară
(analgezie), 30 Mediu, 140
Epilepsie, electroacupunctură,
150 Echipament, 136-139 vezi *şi*
Ace
Evaluarea dovezilor,
cercetare/trialuri clinice,
103
Lichid extracelular, puncte de
declanşare miofasciale
(MTrPs), 60
„Puncte suplimentare”, puncte de
acupunctură clasică, 23
Acupunctură extrasegmentară, 9,
10-11, 39-50 puncte de
acupunctură, 185 selecţie, 176
stimulare, 177
aplicaţii clinice, 45-47
cu analgezie segmentară,
45-46
cercetare/studii clinice,
răspuns cumulativ 40,
definiţie 46-47, conceptul de
durere inhibitorie descendentă
xiv,
43-45, 44 noradrenalina,
45 gri periaqueductal, 43, 45
farmacologie, 45 efecte de
expresie a genelor, 46-47
aspecte istorice, 40 răspuns
individual, 46 imagistica prin
rezonanţă magnetică, 40
mecanisme non-opioide, 43
tomografie cu emisie de
pozitroni, 406 tomografie
standard, 406 doză46 analgezie,
47 terapie pentru dureri de
cap de tip tensional, 180
locaţie tradiţională a
punctului de acupunctură, 185
vezi *şi* peptide opioide

F

Faţă
modele de puncte de declanşare
miofasciale, *190 de* locaţii
tradiţionale ale punctelor de
acupunctură,
191, 192-193
Terapia durerii articulare
faţetale, electroacupunctură,
149, 150
„Scrimă în dragon”, 20, 21
Terapia cu fibromialgie, 181
cercetare/studii clinice, 108-
109
Incendiu, 84
Cinci faze (elemente), 84, *84*
diagnostic, 87
Dezvoltarea segmentară fetală,
nervii aferenţi viscerali,
35, 35
Foramen sternal, siguranţă, 156
Pacienţi uitaţi, siguranţă, 154-
155
Franţa, acupunctura tradiţională,
80 Frecvenţă, electroacupunctură,
149 „Dezechilibre fundamentale”,
acupunctura occidentală *vs.*
acupunctura tradiţională chineză,
90

G

Meridianul vezicii biliare, *216*, *217*, 218
g
eliberare de acid aminobutiric (GABA), acupunctură segmentară (analgezie), 30-31
Terapia gastroenteritei, puncte de declanșare miofasciale secundare, 73
Simptome gastrointestinale, 182

GB14, locaţie, 191
GB20
terapie atipică a durerii faciale, 181 locaţie, 191, **192** terapie cu migrenă, 180 terapia cefaleei de tip tensional, 180
GB21
locaţie, 191, **193** terapia migrenei, 180 terapia cefaleei tensionale, 180
GB29
locaţie, 203, **204** , 208, **210** terapia osteoartritei, 178
GB30
locaţie, 203, **204** , 208, **210** terapia osteoartritei, 178
GB31, locaţie, 208, **210**
GB32, locaţie, 208, **211**
GB33, locaţie, 208, **211**
GB34
locaţie, 203, **204** , 208, **211** terapia osteoartritei, 178
GB39, locaţie, 208, **211**
GB40, locaţie, 208, **211**
GB41, locaţie, 208, **211**
Exprimarea genelor, efectele acupuncturii extrasegmentare, 46-47
Medicina genitourinara, cercetare clinica/ studii, 114-115
Studiile companiei de asigurări germane *vezi* Cercetare clinică/trialuri
Aur, ace, 170
Meridianul guvernatorului, 217, **218**
Marele Compendiu de acupunctură şi moxibustie, 79
Tuburi de ghidare, ace, 137
GV3, locaţie, 203, **204**
GV4, locaţie, 203, **204**
GV14, locaţie, 191, **193**
Afecţiuni ginecologice, cercetări/ studii clinice, 114-115

H

Hematom, 155
Hemofilie, 130
Terapia febrei fânului, 183
Cap
modele de puncte de declanşare miofasciale, *190* locaţie tradiţională a punctelor de acupunctură, 191, **192-193**
Terapia durerilor de cap cercetare/studii clinice, 109-110 cost-eficacitate, **117** *vezi şi* Terapia migrenei;Terapia cefaleei de tip tensional
inima
siguranţă, 156 acupunctură tradiţională chineză, 82
Meridianul inimii, 216, **218**
Transmiterea hepatitei B, 160
Transmiterea hepatitei C, 160
Terapia dependenţei de heroină, 112-113
Brâu de şold
modele de puncte de declanşare miofasciale, *202* locaţii tradiţionale ale punctelor de acupunctură, 203, **204-205**
Aspecte istorice (acupunctura occidentală), 8, 14, **15**
Transmiterea HIV, 160
Afirmaţii holistice, acupunctura tradiţională chineză, 88-89
HT3, locaţie, 195, **197**
Hipotalamus, *29*
Axa hipotalmo-hipofizo-suprarenală (HPA), 55 Axa hipotalmo-hipofizo-ovariană, 55

eu

Studii imagistice, 13
vezi şi tehnici imagistice specifice
Efecte ale sistemului imunitar, efecte de reglementare centrală, 56
Imunoreactivitate, puncte de declanşare miofasciale (MTrPs), 60
Loc incorect, placebo din studiile clinice, 96 Riscuri „indirecte”, 120, 126
Sensibilitatea individuală a pacientului, tehnicile de acţionare, 151
Ace reziduale, 137-138, 138, 163-164 tip ac, 163 siguranţa, 163-164 tehnica umebari, 163
Infecţii
evenimente adverse, **124** acupunctura auriculară, 166-167 ace reziduale, 163
Terapia infertilităţii, 115
Informaţii, 132-134
Consimţământ informat, 133-134
Inhibaţie, definiţie, 30
rănire
evenimente adverse, **124** puncte de declanşare miofasciale, 75 de reducere, 155-158
Inserţie, tehnici de ac, 144, 145
Insulina, efecte de reglare centrală, 55-56 Celule

intermediare, nervi somatici, 29
Terapie de claudicaţie intermitentă, 181 Clasificarea organelor interne, tradiţională
    Acupunctura chineză, 82
Comitetul Electrotehnic
    Internaţional (CEI), ghiduri
    pentru echipamentele de
    electroacupunctură, 138
Interpretare, acupunctura
    occidentală *vs* acupunctura
    tradiţională chineză, 89-90
Terapia vezicii urinare iritative, 115
Terapia mâncărimii, 183

J

Japonia, acupunctura tradiţională, 80

K

KI3, 185
locaţie, *208,* 212 terapia osteoartritei, 178
Meridianul rinichilor, *216,* 218
Terapia durerii genunchiului, 106-107, 107
Coreea
acupunctura mâinii, 171
acupunctura tradiţională, 80

L

Meridianul intestinului gros, *216,* 218
Acupunctura cu laser, definiţie 169-170, xiv
Epicondilita laterală, 179
Terapia epicondilitei laterale, cercetare/ studii clinice, 105
Muşchii picioarelor, acupunctură segmentară (analgezie), 36
Lungime, ace, 136, 137
LI4, 185
locaţie, 195
terapia migrenei, 180 terapia osteoartritei, 178 terapia cefaleei tensionale, 180
LI10, locaţie, 195, 196
LI11, 185
locaţie, 195, 196
LI14, locaţie, 195, 197
LI15
locaţie, 197 terapia osteoartritei, 178 terapia durerii de umăr, 179
LI16
locaţie, 195, 196 terapia durerii de umăr, 179
LI18, locaţie, 191, 192
LI19, locaţie, 195
LI20, locaţie, 191, 192
„Ridicare şi împingere”, manipularea acului, 145
Ligamente, 180
Sistemul limbic, 52-54
efecte de acupunctură, 53
componente, 52 definiţie, xiv
efecte de acupunctură simulate, 53 nervi somatici, 29 Meridian hepatic, 216, 218 Acupunctură locală, 9, 9, 17-26 flux sanguin, 20 peptidă legată de gena calcitoninei, 9 puncte de acupunctură clasică, 2 3 puncte extra21 numerotare/nomenclatură, 22-23
Nume pinyin, 23
aplicaţii clinice, 20-21
„împrejmuire în dragon”, 20, 21 ţesut conjunctiv, 20
„doză”, 23-25, 25
adâncimea de inserare, 24, 25 manipulare ac, 24, *24,* 25 număr de ac, 23, 25 timp de retenţie a acului, 25, 25 grosime a acului, 23-24 doză de tratament standard, 25
aspecte istorice, 17 eliberare locală de neuropeptide, 19-20 senzaţie de plasare a acului *(plasarea acului, qi 21),* 18-19 studii de conducere nervoasă, selecţie în 19 puncte, stimulare în 176 puncte, 177
Infecţii locale, ace reziduale, 163 Efecte pe termen lung, acupunctură segmentară (analgezie), 35-36
Inferior spatelui
Tipare de puncte de declanşare miofasciale, 202 locaţie tradiţională a punctului de acupunctură, *203* Terapia durerii de spate inferioară, 105-106
Membrele inferioare
modele de puncte de declanşare miofasciale, 206-207 puncte de acupunctură tradiţională chinezească, 36 , 208, 209-212
LR3, 36 , 185
locaţie, 208, 210 terapie pentru migrenă, 180 terapie pentru osteoartrita, 178 terapie pentru cefalee de tip tensional, 180
LR4, locaţie, 208, 210
LU5, locaţie, 195, 197 LU7
locaţie, 195, 197 terapia osteoartritei, 178
Meridianul pulmonar, 216, 218

M

Efectele acupuncturii imagistică prin rezonanţă magnetică (RMN), 53 acupunctură extrasegmentară, 40
Magnetism, acupunctură auriculară, definiţie a 166 de puncte „principale”, locaţia punctului de acupunctură tradiţională xiv, 194, 215
Tehnici de manipulare, ace

vezi Tehnici
Mann, Felix, 8 ani
Mecanisme (ale acupuncturii occidentale), 8-12, 9 opinii controversate, 13-14 studii imagistice, 13 necunoscute, 12-13
vezi *și mecanisme/metode specifice*

Epicondilita medială, 179
Nervul median, 156
Leziuni medicale, 121
Terapia bufeurilor la menopauză, 55, 183 Meridiane, 4, 78, 85, 216-217, 218 definiţie, xiii, xiv
diagnostic, 87 localizare, 189
Acupunctura occidentală *vs.*, 89 *vezi şi meridiane specifice*
Metal, 84
Inervaţia mezencefalului, nervii somatici, 29 Terapia migrenei, 109-110, 135 , 180 Evenimente adverse uşoare *vezi* Evenimente adverse Potenţiale miniaturale ale plăcii terminale, 65 Efecte asupra stării de spirit/motivare, efecte regulatoare centrale, 54
Moxa, xiv
Moxibustie, 169
Dureri musculare, puncte de declanşare miofasciale (MTrPs), 60
Scurtarea/umflarea muşchilor, puncte de declanşare miofasciale (MTrPs), 68, *69*
Tensiune musculară, puncte de declanşare miofasciale (MTrPs) *vezi* Puncte de declanşare miofasciale (MTrPs)
Afecţiuni musculo-scheletice, 135 , 178-180 cercetare clinică, 104-109
infarct miocardic, 73
Puncte de declanşare miofasciale (MTrPs), *9* , 11-12, 12, 59-76
activ, 61
etiologie, 62-64, 75 încordare musculară *vezi mai jos*
factori perpetuanţi, 64
factori precipitanţi, 64
vezi şi cauze specifice
aplicatii
terapie de claudicaţie intermitentă, 181 terapie pentru migrenă, 180 terapie pentru durere *vezi mai jos*
terapia cefaleei de tip tensional, 180 de
caracteristici clinice, 65-70
scurtarea/umflarea muşchilor, 68, *69*
caracteristici de prezentare, 65-68 dureri ale coloanei vertebrale, 68, 70
istoric clinic, 68
definiţie, 11, 59, 61, xiv
diagnostic, 60, 70-73 muşchi mai profundi, 72
dificultăţi, 72
investigaţii, 72-73
palpare, 70-71, *71*
termografie, 72-73 răspuns de contracţie, 71-72
diagnostic diferenţial, 72
electromiografie, 65
caracteristici ale, 12
activitate electrică, 60, 65
lichid extracelular, 60
imunoreactivitate, 60
incidenţă, 62 leziune, 75
latentă, 61 locaţii, 60, 61, *62* mecanisme, 60, 65, 62, 60, 65, 66, tulpina musculară cronică cumul, straină musculară cronică 63 vătămare directă, 63 pectoral major, 62, *63* quadratus lomborum, 62, *63* tehnică de agușare, 147, *147* terapia durerii, 65-67, 75-76, 134, 178 terapie atipică a durerii faciale, 181 cercetare clinică/încercări clinice/terapie dureri musculare/parasterapie, paraterapie pentru dureri musculare, paraspilari 179 acupunctura tradiţională chineză vs., 66, *67* fiziopatologie, 65 modele, 185, 187 abdomen, *198* faţă, *190* cap, *190 centură* şold, *202* spate jos, *202* membru inferior, *206* -207 gât, 190 *thorax* , *19194 umăr*
prognostic, 75 secundar, 64, 73 tehnici, 73-75 experienţă clinică, 74-75 pungi directă, 73, *74* electroacupunctură, 74, 76 puncte selecţie, 176 puncte stimulare, 177 aguţe superficiale, 73-74 acupunctură tradiţională chineză, 74 acupunctură tradiţională chineză, 74 xiv.

N

Tehnica NADA (National Acupuncture Detoxification Association).
acupunctura auriculară, *167* , 167-168 definiţie, xiv
Naloxonă, 41
Terapia greaţă, 182-183 efecte de reglementare centrală, 56
chimioterapie, 114
cercetări/studii clinice, 113-114 postoperator, 114 sarcină, 113-114, 115

Gât
modele de puncte de declanşare miofasciale, *190* locaţie tradiţională a punctelor de acupunctură, 191, **192-193**
Terapia durerilor de gât
cercetare/studii clinice, 104
cost-eficacitate, **117**
Fasciită necrozantă, 159
Ace, **136**, 136-138
diametru, 136, **137**
„doză" de acupunctură locală, 23-24
aur, 170
tuburi de ghidare, 137
manipulare, 154, *154*
locuire, 137-138, 138, 163
lungime, 136, **137**
manipulare
„doză" de acupunctură locală, 24, 24, **25** acupunctură tradiţională chineză, 88
număr, 23, **25** fobie, 128
plasare
acupunctură locală, 21-23
acupunctură segmentară (analgezie), 32-33
resterilizare, 139
timp de retenţie, 25, **25**
argint, 170
acoperire de suprafaţă, 136
forma vârfului, 136
Senzaţie de ac *vezi De qi* (senzaţie de ac) Prevenirea înţepăturii cu ac, 154, *154*
Studii de conducere nervoasă, acupunctură locală, 19
Factorul de creştere a nervilor (NGF), 20
Inervaţie nervoasă, acupunctură auriculară, 165, *166*
Durerea neurogenă, xiv
Condiţii neurologice, **135**
vezi *si* boli/tulburari specifice Neuromodulatoare
definiţie, 41
vezi *şi* Peptide opioide
Durere neuropatică, 48
Eliberare de neuropeptide, acupunctură locală, 19-20
Neuropeptidă Y, 20
Neurotransmiţători, definiţie, xiv Receptori NMDA, sensibilizare, 49 Durere nociceptivă, 48
definiţie, xiv
terapie, 134
Nogier, Paul, 164
Nomenclatură
puncte de acupunctură clasică, 22-23 acupunctură tradiţională chineză, 77-78 Dureri toracice non-cardiace, 180 Controale simulate nepenetrante, 96
Medicamente antiinflamatoare nesteroidiene (AINS), înlocuirea, 120
Noradrenalina, 45
Numerotare, puncte de acupunctură clasică, 22-23

O

Esofagita, **73**
Peptide opioide, 39, 40-43, **41**
definiţie, xiv
electroacupunctură, 42
antagonism naloxonei, 41
receptori, 41 vezi *şi peptide specifice*
Sindromul de organ, diagnosticul de acupunctură tradiţională chineză, **87**
Orphanin, 41, **41**
electroacupunctură, 42
Osler, William, 8 ani
Terapia osteoartritei, 178
cercetări/studii clinice, 103, 109 rentabilitate, **117**
acupunctură segmentară (analgezie), 31 acupunctură tradiţională chineză, 178
Măsuri de rezultat, cercetări/studii clinice, 99
Meridianul vezicii urinare externe, *217*
Oxitocină, acupunctură extrasegmentară, 43

P

Stimolatoare cardiace, electroacupunctură, 150
Durerea, 47-49, 52-54 componentă afectivă, 52 terapia cronică *vezi* Clasificarea terapiei durerii cronice, definiţia 47-48, xv inhibiţie, 30
Sistem limbic *vezi* Puncte de declanşare miofasciale ale Sistemului limbic *vezi* Puncte de declanşare miofasciale (MTrPs) neuropatice, 48 nociceptive, 48 percepţia, 29-30 uşurare *vezi* Sensibilizarea analgeziei, 30 componenta

senzorială, 52 terapie *vezi* Analgezie
Mușchii paraspinali, acupunctura segmentară (analgezie), 36
Dureri paraspinale, terapie, 179
Factori patogeni din climă, tradiționali
Diagnosticul acupuncturii chinezești, 87
Pacienții
legarea la ochi, 96 orbire, 97-98 specificitatea tehnicii de acționare, 142 poziționare, 153-154

chestionare, 97-98
recrutare, 98
PC6, 185
locaţie, *195*, 197
Pectoralul major, punctele de declanşare miofasciale (MTrPs), 62, *63*
Durere pelvină, sarcină, 106
cercetare/studii clinice, 115
Controale simulate penetrante, 96-97 Stimulări nervoase percutanate, definiţie, xv Gri periaqueductal (PAG)
conceptul de durere inhibitorie descendentă, 43, 45
P-activarea endorfinei, 43
Meridianul pericardului, *216*, 218
Ciocul periostal, 148
definiţie, xv
site-uri, 215
Nervi periferici
prejudiciu, 123
siguranta, 156
Convingerile personale, 128
Terapia durerii membrelor fantomă, 181
Fiziologie, acupunctură tradiţională chineză, 5 nume pinyin, 23 „efect Placebo", 101
Placebo *vezi* Cercetare/trialuri clinice
Terapia fasciitei plantare, 179-180 Pleure, siguranţă, 157, 157-158 Ac de prun, 169
Pneumotorax, 125, 157, 158
Selecţia punctului, tehnici, 176, 176-177 Stimularea punctului, tehnici, 177, 177 Popularitatea (acupuncturii), 2-3 Tomografia cu emisie de pozitroni (PET), 40
Terapia nevralgiilor post-herpetice, 110-111, 182 Greaţă postoperatorie, 114
Terapia durerii postoperatorii, 111
Acupunctura sclerotomală practică, 189 de practicieni
orbitor, 98
pregătire, 140
Precauţii, 130, 130-132
tendinţă de sângerare, 130-131
trombocitopenie, 130, 130
bolnavi de cancer, 131-132
sarcina, 131
reactoare puternice, 131-132
Studii de preferinţă, studii de companie germană de asigurări, 102-103
Cortexul prefrontal, *29*
Sarcina
dureri de spate, 106, 115
cercetare/studii clinice, 115
greaţă, 113-114, 115
durere pelvină, 106, 115
precauţii, 131
Preparare, 127-141
comunicare, 128
practicant, 140
Dezvoltare profesională, 160-161
Aspecte psihologice, durere cronică, 48 Diagnosticul pulsului, 86

Măsuri QALY, rentabilitatea (a acupuncturii), 116-117
Qi (chi), 1, 82, 83
definiţie, xv perturbare în, 87
Quadratus lumborum, puncte de declanşare miofasciale (MTrPs), 62, *63*

R

Terapia sindromului Raynaud, 110, 182
Reevaluare (a acupuncturii), 5
Terapia infecţiilor urinare recurente, 115
Regiunea, locaţia punctului tradiţional de acupunctură, 186-187
Contraindicatii relative, 129-130
Scoaterea acelor, 146
Medicina reproductivă, 114-115
Condiţii respiratorii, 111-112
Predicţia răspunsului, efecte de reglementare centrală, 57
Resterilizare, ace, 139
Reston, James, 80 de ani
Reţinerea acelor, 146
Rhijne, Willem Ten, 80 de ani
Curăţenie în cameră, 159
Rotirea acelor, 145
Terapia tendinitei manşetei rotatorilor, 105
Ryodoraku, 172

S

Siguranţă, 119-126, 153-161, 183
organe abdominale, 158
abordări, 120-121 acupunctură auriculară, 166 vase de sânge, 155-156 trunchi cerebral, 157

electroacupunctură *vezi* Electroacupunctură foramen sternal, cord sternale, pacienti 156154, 156 156 riscuri „indirecte”, 120, 126 manipularea acului, 154, *154* poziţionarea pacientului, 153-154 nervi periferici, 156 pleure, *157* , 157-158 curăţenia camerei, 159 pregătirea pielii, 158-159

Siguranță *(continuare)*
măduva spinării, 157
reducerea traumei, 155-158
variabilitate în, 120
pacienți vulnerabili, 159-160
situri vulnerabile, 159-160
vezi și Evenimente adverse
Dimensiunile probelor, cercetări/studii clinice, 99
Sclerotom, xv
Acupunctură segmentară (analgezie), 9, 9-10, *10*, 27-38
efecte autonome, 33, 35-36
aplicatii clinice, 31-32
muschii peretelui abdominal, 36 cu acupunctura extrasegmentara, 45-46
mușchii picioarelor, 36
mușchi paraspinali, 36
condiții viscerale, 32-33, 36-37 definiție, 27
fiziologie, 30-31
A **δ**, 30, 37
selectarea punctelor, **176**
stimulare punctuală, **177**
nervii somatici, 27-30
cortexul cingulat anterior, 29
fibre C, 28
A **δ**, 28, 28 celule intermediare, 29 sistem limbic, 29 inervație mezencefală, 29 talamus, 29 celule de transmisie, 28-29 doză standard, **32** pungi superficiale, 37 nervi aferenți viscerali, 33, 33-35 autonomie, conversie **34-34**, *autonomă*, 34 inervare 34 dezvoltare segmentară fetală, 35, **35** Sensibilizare, 48-49 definiție, 30, xv
Cortexul senzorial, *29*
Nervi senzoriali, 18, **18**, 19
Durere senzorială, 52
definiție, xv
Stimularea senzorială, xv
Stimul senzorial, xv
Evenimente adverse grave vezi Evenimente adverse
Serotonina, 43
Acupunctură simulată
cercetare/studii clinice, 101
placebo din studiile clinice, 95-96
definiție, xv
efecte ale sistemului limbic, 53 Studii clinice randomizate controlate simulator, studii ale companiei germane de asigurări, 102
Șoc, acupunctură extrasegmentară, 43
Efecte pe termen scurt, acupunctură segmentară (analgezie), 35
Umăr/braț
modele de puncte de declanșare miofasciale, *194* locație tradițională a punctelor de acupunctură, 195, **196-197**
Terapia durerii de umăr, 179
SI3, locație, 195, **197**
SI9, locație, **196**
SI9-13, locație, *195*
SI10, locatie, **196**
SI11
locație, **196** terapia osteoartritei, 178 terapia durerii de umăr, 179
5112, locație, **196**
5113, locație, **196**
5114, locație, 191, **193**
SI18, locatie, 191, **192**
Evenimente adverse semnificative vezi Evenimente adverse
Argint, ace, 170
Piele
terapia bolii, 116
infecție, 123 pregătire, 158-159
Meridianul intestinului subțire, 217, **218**
Renunțarea la fumat
acupunctura auriculară, 168
cercetări/studii clinice, 112
Afecțiuni ale țesuturilor moi, 179
Nervi somatici
definiție, 27 acupunctură segmentară (analgezie) vezi Acupunctură segmentară (analgezie)
Reprezentări somatotrope, 171
SP6, **36**, 185
locatie, **210**
SP9
locatie, **210**
terapia osteoartritei, 178
SP10
locație, 208, **210** terapia osteoartritei, 178
SP11, locație, 208, **210**
SP15, locație, 199, **200**
Măduva spinării, 157
Coloana vertebrală
durere
puncte de declanșare miofasciale, 68, 70

terapie, 179
niveluri segmentare *vs.* puncte de acupunctură, 213-214
Splina, acupunctura tradiţională chineză, 82
Meridianul splinei, *216,* 218
ST6, locaţie, *191* , 192
ST7, locaţie, 191, 192
ST8, locaţie, 191, 192

ST21, locaţie, *199,* 200
ST25, locaţie, 199, 200
ST27, locatie, 200
ST28, locatie, 200
ST29, locaţie, 199
ST31, locaţie, *208,* 209
ST32, locaţie, *208,* 209
ST33, locaţie, *208* , 209
ST34, locaţie, *208,* 209
ST35, locaţie, *208* , 209
ST36, 36 , 185
locaţie, *208* , 209
terapia osteoartritei, 178
ST38, locaţie, *208*
ST40, locaţie, *208,* 209
Doza standard
acupunctură extrasegmentară, 46, 46 acupunctură segmentară (analgezie), 32 Metode standardizate, cercetări/studii clinice, 99
Analiză statistică, cercetare clinică/trialuri, 99-100
Bile de oţel, presopunctura auriculară, 138 Meridianul stomacului, *216,* 218
Recuperare accident vascular cerebral, electroacupunctură, 150
Terapia accident vascular cerebral, cercetare/studii clinice, 113 reactoare puternice
definiţie, xv
Precauţii, 131-132 Testare de succes, cercetare/trialuri clinice, 97-98 Adecvare (a pacienţilor), 128-132 Condiţii adecvate *vezi condiţiile specifice* Punerea cu acul superficial, 147-148
definiţie, xv
Tratamentul punctului de declanşare miofascial, 73-74
acupunctură segmentară (analgezie), 37 Acoperire de suprafaţă, ace, 136
Analgezie chirurgicală, acupunctură extrasegmentară, 47
Agravarea simptomelor, evenimente adverse, 123 Synapse, xvi

T

Tai yang, locaţie, *191* , 192
TE5, 185
locaţie, 195, 197
terapia osteoartritei, 178
TE13, locaţie, 196
TE14
locaţie, *195* , 196
terapia durerii de umăr, 179
TE15, locaţie, 191, 193
Tehnici, 1, 142-152, 143-146, 175-184 avans, 145
ace de numărare folosite, 144, 146
creşterea dozei, 177
sensibilitatea pacientului individual, 151 inserare, 144, *145* puncte de declanşare miofasciale, 147, *147*
manipularea acului, 145-146
specificitatea pacientului, 142 puncte de selecţie, 176 , 176-177 puncte de stimulare, 177, 177 îndepărtare, 146
reţinere, 146
Punct sensibil, xvi Terapia cotului de tenis, 105 Terapia tenosinovitei, 179 Ten Rhijne, Willem, 80 Terapia cefaleei de tip tensional, 180
cercetări/studii clinice, 110
Talamus, nervi somatici, 29
Torace
modele de puncte de declanşare miofasciale, *198* locaţie tradiţională a punctelor de acupunctură, 199, 200-201
Studii clinice randomizate cu trei braţe, studii ale companiei germane de asigurări, 102
Trombocitopenie, precauţii, 130, 130 Terapia tinitus, 183
Cercetare/studii clinice, 116
Forma vârfului, ace, 136
Diagnosticul limbii, 85-86
Acupunctura tradiţională chineză, 1, 77-92 puncte de acupunctură, 85, 185-186 abdomen, *199* , 200-201 spate, 204-201, 204-201 , *1786 măsurători* corporale , repere corporale *188* efecte de reglementare centrală, 185
definiţie, xiii acupunctură extrasegmentară, 185 faţă, 191, 192-193 cap, 191, 192-193 centura şoldului, 203, 204-205 acupunctură locală *vezi* Localizarea acupuncturii locale , vezi *203* 6 membru inferior al spatelui , *203 8 6 puncte specifice* . 209-212 puncte „mare”, 194, 215 gât, 191, 192-193 acupunctură sclerotomală practică, 189 pe regiune, 186-187 selecţie, 88 umăr/ braţ , 195 , 196-197 coloana vertebrală *vs.* , 200-201 anatomie/fiziologie, 82-83

puncte de efect asociate, 85, *86*
context de, 81-82 boala, vederi asupra, 81-82 definiție, xvi
diagnostic, 85-88, 87

Acupunctura tradiţională chineză *(Continuare)* Colaterale, 87
cauze ale bolii, 87 tulburări ale qi-ului, 87 opt principii, 87
cinci faze, 87 modele ale individului, 87 meridiane, 87
natura, 86-88 sindrom de organ, 87 factori patogeni de la climă, 886 diagnostic, 886 puls până la faza de diagnostic, 8885
(elemente), 84, *84* aspecte istorice, 78-81 interzicerea, 80
Reinstaurarea comunistă a, 80
origini europene, 79 evoluţie, 79-80 origini, 78 secolul 20, 81
vederi occidentale despre, 80
răspândire la nivel mondial, 80-81 revendicări holistice, 88, 49-5 mecanism de acţiune anatomică-4, 5 meridiane, 4
fiziologie, 5 tratament simptom, 4-5 puncte de declanşare miofasciale, 61, 66, 67, 74
manipularea acului, 88
nomenclatură, 77-78 origini, 78
terapia osteoartritei, 178 qi, 82, 83
  Acupunctura occidentală *vs.*, 7, 89-91, 90 evoluţia metodelor, 90
    „dezechilibre fundamentale", 90
    interpretare, 89-90
    meridiane, 89
  echilibru yin/yang, 83-84
Stimularea nervoasă electrică transcutanată (ZECE), 30, 170
  definiţie, xvi
Celule de transmisie, nervi somatici, 28-29
Condiţii tratabile, 134-136
  vezi *si conditii specifice*
Managementul cursului de tratament, 151
Înregistrări de tratament, 183-184, 184
Antidepresive triciclice, 45
Terapia nevralgiei de trigemen, 182
Încălzitor triplu, *217*, 218

U

Tehnica Umebari, ace interioare, 163
Terapia durerii membrelor superioare, 105
Terapia prurit uremic, 116
Condiţii urologice, 115

V

Seminţe *de Vaccaria*
  presopunctura, 168
  presopunctura auriculară, 138
Varianta de transmitere a bolii Creutzfeldt-Jakob, 160
Peptidă activă vaso-intestinală (VIP), 20
Vietnam, acupunctura tradiţională, 80
Nervii aferenţi viscerali *văd* acupunctura segmentară (analgezie)
Condiţii viscerale, acupunctură segmentară (analgezie) *vezi* Acupunctura segmentară (analgezie)
Viscerotomi, definiţie, xvi
Terapia vărsăturilor, cercetări/studii clinice, 113-114
Pacienţi vulnerabili, 159-160
Situri vulnerabile, 159-160

W

Apa, 84
Lemn, 84

X

Xiyan, locaţie, 209

Y

Acupunctura scalpului Yamamoto, 171
Clasicul intern al împăratului galben, 78, 79, 90
Yintang, locaţie, 191, 192
Echilibrul Yin/Yang, 83-84

Z

Zongping, locaţie, 209
ZP, locaţie, *208*